

LA JUDICIARISATION DE LA MEDECINE : ASPECTS ETHIQUES
(Bertrand BECOUR, Thèse d’Ethique Médicale et de Santé Publique, Paris V, 2002)

PLAN

INTRODUCTION

**1ère partie. METHODOLOGIE : UNE ENQUÊTE PAR ENTRETIENS
AUPRES DE PROFESSIONNELS DE SANTE ET DE MAGISTRATS**

**2ème partie. EMERGENCE D’UNE MEDECINE DEFENSIVE :
LE NECESSAIRE DIALOGUE DU MEDECIN ET DU JURISTE**

3ème partie. LE CONSENTEMENT AUX ACTES MEDICO-JUDICIAIRES

**4ème partie. UNE HOSPITALISATION D’OFFICE A PARIS
SOUS ADMINISTRATION POLICIERE**

**5ème partie. PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS :
ENJEUX ET RANCONS DU PROGRES**

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

TABLE DES MATIERES DETAILLEE

INTRODUCTION

1. La médecine : un art de soigner qui s'appuie sur la science et les techniques.....	8
2. Le phénomène de judiciarisation.....	12
2.1. Qu'est-ce que le phénomène de judiciarisation ?.....	12
2.2. Les fondements de la judiciarisation.....	13
2.2.1. Morale, usages et raison.....	13
2.2.2. Une réglementation de la vie en société : le pacte social.....	14
3. Problématique.....	15

1ère partie : METHODOLOGIE : UNE ENQUÊTE PAR ENTRETIENS AUPRES DE PROFESSIONNELS DE SANTE ET DE MAGISTRATS

I. Construction de la méthode.....	21
II. Modalités de l'enquête par entretiens.....	25
II.1. La population.....	25
II.2. L'échantillon.....	26
II.2.1. Construction de l'échantillon.....	26
II.2.1.1. Etude préliminaire de faisabilité.....	26
II.2.1.2. Deux cohortes de 22 acteurs.....	27
II. 2.2. Caractéristiques de l'échantillon.....	28
II.3. Déroulement des entretiens.....	29
II.3.1. Les circonstances.....	29
II.3.2. Cadre des entretiens.....	29
II.3.3. Les consignes.....	30
II.3.4. Style : des entretiens guidés à questions ouvertes.....	31
II.3.5. Transcription des entretiens.....	31
II.3.6. Utilisation de données anonymes.....	32
II.4. Analyse du contenu des entretiens.....	32
III. Critique générale de la méthode.....	34
III.1. Les biais de la méthode.....	34
III.1.1. L'activité de médecin du chercheur.....	34
III.1.2. Un échantillon ne prenant pas en compte l'ensemble des intervenants dans la judiciarisation de la médecine.....	35
III.1.3. Une reconstitution imparfaite des entretiens.....	35
III.2. L'information des acteurs.....	36
III.3. Calendrier de la recherche.....	37
IV. Résultats.....	38
IV.1. Etude préliminaire et hypothèses de recherche.....	38
IV.2. Analyse thématique des entretiens.....	39

2ème partie : EMERGENCE D'UNE MEDECINE DEFENSIVE : LE NECESSAIRE DIALOGUE DU MEDECIN ET DU JURISTE

I. L'émergence d'une médecine défensive	42
II. Complexité des rapports entre la médecine et la justice	46
II.1. L'Etat, garant du fonctionnement de la justice.....	46
II.2. L'éthique forge la loi à partir de la primauté de la personne.....	48
II.3. « Une société juste est-elle fondée sur l'autorité du texte de loi ou sur des droits ? ».....	50
II.4. Rôle et obligations des médecins dans la défense des droits et libertés fondamentaux de la personne.....	51
III. Le nécessaire dialogue du médecin et du juriste	52
III.1. La conscience du médecin peut-elle être l'arbitre du droit ?.....	52
III.1.1. Les inquiétudes suscitées par les progrès de la médecine.....	53
III.1.2. Le patient érigé en consommateur de soins.....	53
III.1.3. Une médecine de plus en plus onéreuse.....	54
III.1.4. Une médecine inadaptée aux besoins de tous.....	54
III.1.5. Démystification de la technologie médicale : la prévention plutôt que la guérison.....	55
III.1.6. Le rôle essentiel de la santé publique.....	56
III.1.7. Le droit à la santé pour tous : une limitation du droit à la santé pour certains ?.....	58
III.1.7.1. Signification du droit à la santé.....	58
III.1.7.2. Portée du droit à la santé.....	60
III.1.7.2.1. Portée individuelle du droit à la santé.....	61
III.1.7.2.2. Portée collective et sociale du droit à la santé.....	61
III.1.7.2.2.1. Le principe d'autodétermination.....	61
III.1.7.2.2.2. Le respect de la personne, fondement du droit à la santé.....	63
III.1.7.2.3. Le droit à la santé se partage mais ne se divise pas.....	63
III.2. Les droit de l'homme, phare d'une éthique médicale.....	64
III.3. Les conflits de valeurs nés de l'application des biotechnologies.....	68
III.3.1. Des valeurs bousculées par les biotechnologies.....	68
III.3.2. Le respect de la personne mis à l'épreuve des biotechnologies.....	68
III.3.3. La position du droit à l'égard des biotechnologies : la recherche d'un consensus.....	70
III.3.3.1. L'application de principes généraux à une régulation spécifique.....	70
III.3.3.2. La mise en balance d'intérêts contradictoires aboutit à des concessions réciproques.....	71
III.3.4. Le consensus ne garantit pas la qualité des solutions.....	73
IV. La question de la qualité des soins	74
IV.1. L'aptitude à satisfaire les besoins de la personne malade.....	74
IV.2. Quels facteurs d'incertitude conditionnent l'orientation clinique ?.....	75
IV.3. La fin d'un exercice solitaire de la médecine.....	78
IV.3.1. Le nécessaire partage des connaissances.....	78
IV.3.2. L'intervention de tiers garants de la qualité des soins.....	78
IV.4. L'indispensable évaluation de la qualité des soins : apologie des normes.....	80
IV.4.1. L'élaboration des normes.....	80
IV.4.2. Le respect des normes.....	81
IV.5. Cohérence de la décision médicale.....	82
V. Sens de la vie et médecine : l'illusion perverse de la technique	84
V .1. L'expression de la souffrance : un appel à autrui.....	84

V.2. La question du sens de l'autonomie de la personne.....	87
V.3. Etre plus proche de l'autre : le sens de l'altérité.....	89
V.3.1. Contribution de l'anthropologie médicale à la santé publique.....	89
V.3.1.1. Accepter de remettre en cause ses propres valeurs culturelles.....	89
V.3.1.2. Etudier l'adéquation entre systèmes de santé et attente des populations.....	91
V.3.2. Intégrer les valeurs culturelles dans l'acceptation et le suivi thérapeutique.....	92
V.3.3. L'élaboration du jugement est elle comparable dans le domaine médical et dans le domaine judiciaire ?.....	93
V.3.3.1. Application concrète d'un raisonnement normatif à une situation.....	93
V.3.3.2. Les particularités du pacte de soins.....	95
V.3.3.3. Deux démarches parallèles : du soulagement de la souffrance à l'apaisement d'un conflit.....	95
V.3.3.4. Un espace d'argumentation et d'interprétation commun à la médecine et à la justice.....	97
V.3.3.5. De l'apaisement d'un conflit au rétablissement d'un lien social.....	99
VI. Éthique, déontologie et responsabilité médicale.....	100
VI.1. Evolution des règles déontologiques.....	100
VI.2. Amélioration de la protection des droits des malades.....	102
VI.3. Devoir d'information et autonomie de la personne.....	102
VI.4. De la volonté de savoir à la légitimation du droit de savoir.....	104
VI.4.1. La volonté de savoir : une évolution de la relation médecin-malade.....	104
VI.4.2. La légitimation du droit de savoir.....	107
VII. Le danger de certaines dérives.....	109
VII.1. Le corporatisme médical en contradiction avec les valeurs humanistes.....	109
VII.2. L'acculturation médicale : des consommateurs de soins plus en quête de sensationnel que de santé publique.....	111
VII.3. L'éclatement disciplinaire et la santé publique éparpillée.....	113
VII.3.1. L'éclatement disciplinaire.....	113
VII.3.2. La santé publique éparpillée.....	114
VII.3.2.1. Une tradition hygiéniste relevant de la police sanitaire.....	114
VII.3.2.2. Vers une réconciliation de la santé publique et de la société : la recherche collective de solutions.....	115
VII.4. La médecine dans le prétoire.....	116
VII.5. Emergence d'une médecine défensive.....	117
VII.5.1. Le cas du dépistage anténatal des malformations.....	117
VII.5.2. Risques liés à la pratique d'une médecine défensive.....	120
VII.5.3. Le poids de l'économie sur la décision médicale.....	122
VIII. La prudence érigée en impératif catégorique.....	124
VIII.1. Principe de précaution : un comportement de prudence systématique, parfois aveugle.....	124
VIII.1.1. Les vertus d'une prudence systématique : envisager voire anticiper l'imprévisible.....	124
VIII.1.2. Eroussement du lien entre connaissance et décision.....	126
VIII.1.3. Les dangers d'une prudence aveugle.....	128
VIII.1.4. Une dérive scientiste.....	129
VIII.1.5. Précautions de langage.....	130
VIII.2. Principe de vigilance : la prudence tempérée par la raison.....	131
IX. Concilier droit de la santé et droit à la santé.....	132
IX.1 L'équité.....	132
IX.2. La liberté du choix des priorités.....	133
IX.3. La solidarité.....	135

X. La montée en charge de la sécurité sanitaire, rupture avec l'illusion d'une médecine omnisciente.....	136
XI. L'irruption de la santé publique hors du champ confidentiel de la relation duelle : une démarche citoyenne.....	138
XI.1. Mise en oeuvre d'une stratégie d'éducation et de formation des citoyens en matière de santé.....	138
XI.2. Vers un rééquilibrage du couple médecin-patient.....	140
XI.2.1. Le patient, partenaire dans la prise de décision.....	140
XI.2.2. Un choix de priorités négociées : des objectifs thérapeutiques partagés.....	140
XI.2.3. Redonner du sens au soin.....	142
XI.2.4. La relation médecin-malade : une prise de conscience par chacun des attentes de l'autre..	143
XI.2.5. Aider le patient et sa famille à se projeter dans l'avenir.....	146
XII. L'éthique de la vulnérabilité, alternative à la judiciarisation de la médecine : un système d'expertise pour prévenir les catastrophes médicales.....	147
XIII. Rendre la parole aux citoyens.....	151
XIII.1. Le magistère moral du comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé.....	151
XIII.2. L'importance du débat au coeur de la cité.....	153
XIV. Missions et atouts du médecin.....	155
 3ème partie : <u>LE CONSENTEMENT AUX ACTES MEDICO-JUDICIAIRES</u>	
I. La sécurité juridique au profit de l'ordre social.....	158
II. Modalités de prise en charge des examens médico-légaux.....	161
II.1. Une activité de consultation.....	161
II.2. L'examen d'une personne privée de liberté relève de la médecine la plus aboutie.....	162
II.3. Un interrogatoire axé sur le recueil du consentement.....	164
III. Les tensions d'ordre éthique évoquées par les praticiens.....	166
III.1. Un acte médical sans but thérapeutique.....	166
III.2. Présence d'une tierce-personne.....	166
III.3. Difficultés de l'examen médico-légal.....	167
III.4. Le cas du refus de prélèvement.....	168
III.5 L'usage exclusivement judiciaire des prélèvements.....	169
III.6. Des tensions liées à la représentation de la sexualité.....	170
IV. Les actes médico-judiciaires, sources de tensions chez l'auteur présumé d'agression et chez le praticien.....	171
IV.1. Une violence pour l'auteur présumé.....	172
IV.1.1. Violence décisionnelle.....	172
IV.1.2. Violence institutionnelle.....	173
IV.1.3. La dérive médiatique.....	173
IV.1.4. Violence des soins.....	174
IV.1.5. Non information sur le devenir des prélèvements.....	175

IV.2. Une tension pour le praticien.....	176
IV.2.1. Le praticien ressent ce prélèvement comme une contrainte.....	176
IV.2.2. Un acte biologique susceptible de nuire à la personne examinée.....	176
V. Signification et enjeux éthiques du consentement aux actes médico-judiciaires...	178
V.1. Ce consentement est théoriquement indispensable.....	178
V.2. En pratique, la recherche du consentement est parfois négligée.....	179
VI. Protection de la société :	
informatisation et conservation des empreintes génétiques.....	181
VII. Une double mission d'ordre éthique.....	184
Conclusion.....	186

4ème partie : UNE HOSPITALISATION D'OFFICE A PARIS SOUS ADMINISTRATION POLICIERE

I. Particularités de la psychiatrie par rapport aux autres disciplines médicales.....	191
I.1. Des neurosciences balbutiantes.....	191
I.2. Relativité spatiale et temporelle du caractère dangereux d'une personne.....	192
I.3. Dysymétrie de la relation médecin-patient.....	193
II. Respecter la personne dangereuse.....	195
II.1. Conséquence médico-légale de l'absence de responsabilité individuelle.....	195
II.2. Le danger pour la société.....	196
III. L'IPPP : une structure médicale sous contrôle policier.....	198
IV. Responsabilité du psychiatre de l'IPPP et autonomie du patient.....	201
V. Contradiction entre l'existence de l'IPPP et le principe de désinstitutionnalisation des patients atteints de troubles mentaux.....	203
VI. Intérêt de la psychiatrie de liaison.....	205
VII. L'IPPP, une zone d'exception ?	206
VII.1. Dérogation au principe du libre choix du médecin.....	207
VII.2. Droits du patient hospitalisé.....	207
VII.3. Garanties à l'hospitalisation.....	210
VII.4. L'hospitalisation d'office à Paris.....	212
VII.5. Un secret professionnel plus difficile à préserver.....	214
VIII. Dispositions communes à l'hospitalisation sur demande d'un tiers et à l'hospitalisation d'office.....	215
IX. Aspects jurisprudentiels.....	217
IX.1. Jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme	217

IX.2. Jurisprudence du Tribunal des conflits.....	219
---------------------------------------------------	-----

Conclusion.....	221
------------------------	------------

5ème partie : PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS : ENJEUX ET RANCONS DU PROGRES

I. Le concept de santé environnementale : la prudence des scientifiques conciliée avec les intérêts de population.....	224
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

II. Pratiques médicales : une voie étroite entre la concertation et la contrainte par voie législative.....	226
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

III. Vers la création d'un pôle judiciaire expérimental de santé publique.....	227
---------------------------------------------------------------------------------------	------------

IV. Partenariat médecine-justice en matière criminalistique.....	231
-------------------------------------------------------------------------	------------

V. Pour une justice de proximité.....	233
----------------------------------------------	------------

VI. Acceptation d'un risque partagé par le médecin et le patient.....	235
------------------------------------------------------------------------------	------------

VII. Une pratique qui forge la loi.....	237
------------------------------------------------	------------

VIII. Le risque d'ineffectivité des lois : la loi dépassée par la science.....	240
---------------------------------------------------------------------------------------	------------

<u>CONCLUSION</u>.....	244
-------------------------------	------------

<u>BIBLIOGRAPHIE</u>.....	251
----------------------------------	------------

ANNEXES

I.1. Caractéristiques des populations interrogées.....	272
--------------------------------------------------------	-----

I.1.1. Etude préliminaire de faisabilité.....	272
-----------------------------------------------	-----

I.2. Analyse thématique des entretiens.....	273
---------------------------------------------	-----

I.3. Grille d'analyse : principales difficultés énoncées par les acteurs.....	276
-------------------------------------------------------------------------------	-----

II. Tableaux récapitulatifs des entretiens.....	278
-------------------------------------------------	-----

II.1. Etude préliminaire.....	278
-------------------------------	-----

II.2. Enquête.....	279
--------------------	-----

III. Transcription d'entretiens.....	280
--------------------------------------	-----

IV. Index des mots-clés.....	293
------------------------------	-----

Résumé

Mots-clés

1. La médecine : un art de soigner qui s'appuie sur la science et les techniques

La médecine n'est pas une science pure. C'est plutôt une discipline ayant pour objet la conservation ou le rétablissement de la santé, enrichie de l'expérience de celui qui la pratique (1). Cette entreprise érigée en art est aidée par la technologie qui elle-même découle de la science. Sans le progrès scientifique et technique, la médecine serait restée empirique. Deux éléments font diverger la médecine d'une science :

. La science n'a pas de dimension morale propre : cette dimension naît éventuellement de ses applications techniques. Les principes scientifiques ne mettent pas en exergue la primauté de la personne. En revanche, la médecine revêt cette dimension et oeuvre pour le bien commun de toute l'humanité.

. La vérité scientifique est exacte ou fausse, alors qu'en médecine il est difficile d'établir des règles générales formelles et des normes applicables

à toute situation (2). Le respect de l'autonomie de choix de chaque personne s'opposerait en tout état de cause à un tel formalisme.

Jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle, étaient envisagées une croissance illimitée et une extension sans fin des applications pratiques du savoir. Afin de profiter des promesses que les applications de la technoscience offraient à la vie humaine, la rationalité biologique était encore mêlée avec la rationalité pratique, alors que cette dernière ne pouvait exister sans critiquer les prétentions de la première.

Depuis la fin du XIX^{ème} siècle, la modernité technico-scientifique accroît le pouvoir de l'homme sur la nature et sur sa propre vie. Elle impose en permanence à ses acteurs des choix mettant en jeu leur vision de l'homme de demain. La croissance des connaissances et des techniques de soins, l'offre et la demande qu'elle engendre sont exponentielles, stimulées par la soif de découvrir des chercheurs (3) et l'espoir de soulager des médecins. Mais le niveau des ressources reste stable, rendant incontournable la limitation des dépenses de santé. L'organisation et les mentalités évoluant plus lentement que l'étendue des connaissances (4), l'agir médical est en mutation. Dans les pays industrialisés, les professionnels de la santé doivent faire face à des situations inédites (5). La

demande de conciliation des connaissances biologiques avec le système des valeurs humaines se fait de plus en plus pressante (6). Elle se situe au carrefour de plusieurs disciplines des sciences expérimentales et des sciences humaines : anthropologie, écologie, déontologie, philosophie intervenant comme un « horizon de sens » (7). Une première interrogation s'impose : **comment définir les limites au sein desquelles doit se développer la science, dont la vocation est de repousser sans cesse les frontières de la connaissance pour améliorer la condition de l'être humain ?** Les réponses à cette question passent par la réalisation de choix, c'est-à-dire par l'exercice d'une liberté et le fait d'assumer une responsabilité, dans le souci de la dignité de la personne (8). La responsabilité recouvre ici différentes acceptions : c'est à la fois le fait de rendre compte de ses actions, d'assumer d'être l'auteur de ses actes, d'être consciencieux, de jouer un rôle dans la genèse des événements et d'être autonome. En 1979, H. Jonas préconise une éthique qui *« par des entraves librement consenties, empêche le pouvoir de l'homme de devenir une malédiction pour lui-même »* (9). Il prône ainsi une éthique de l'humanisme fondée sur l'argumentation et la vertu de prudence, entendant concilier le respect de l'intégrité de la personne humaine et le développement maîtrisé de la recherche biologique et médicale.

Si grands soient-ils, les progrès accélérés de la médecine sont limités. L'étendue de ce que les scientifiques ignorent dépasse encore de loin celle de leur savoir (10). **Les médecins et les biologistes modernes, moins convaincus de leur droit à l'erreur et à l'incertitude que leurs aînés, fondent une part de leur réflexion en termes de limites à poser et à imposer à la finalisation des activités créatrices de la recherche fondamentale et de la recherche appliquée** (11). Cette réflexion éthique concerne les décisions à prendre, les conflits de valeurs à résoudre. Les conflits éthiques présentent alors la forme d'un dilemme : les professionnels sont partagés entre deux voies opposées et ne savent pas laquelle choisir. L'incertitude éthique porte sur ce que commande, autorise, tolère ou interdit la situation en cause (12). Selon A. R. Feinstein (13) : « *À tous les niveaux de la pratique médicale (...) le choix et l'évaluation d'un traitement sont marqués de controverse, de dissensions et de doutes* ». Plus la science progresse, plus les interrogations qu'elle suscite tendent à démontrer que les qualités de l'homme ne sont pas dans sa matérialité (14).

2. Le phénomène de judiciarisation

2.1. Qu'est-ce que le phénomène de judiciarisation ?

En matière médicale, de nombreux conflits de valeurs sont le résultat d'une quête éthique occultée par des aspects procéduraux ou techniques. Les bases capables de concilier les connaissances biologiques avec le système des valeurs humaines sont soumises à des pressions antagonistes : d'une part les fluctuations de l'opinion publique, tant prête à s'alarmer devant un risque pourtant maîtrisé qu'à revendiquer des bénéfices immédiats de la recherche médicale, d'autre part les incitations de chercheurs avides de savoir et celles de médecins désireux d'appliquer leurs découvertes.

C'est dans ce contexte passionnel qu'intervient le législateur (15). Il a pour rôles de poser les limites actuelles de l'intervention de l'homme sur lui-même en définissant le licite et l'illicite, d'arbitrer entre ce qui est permis et ce qui ne l'est pas. En 1994, les lois « relatives à la bioéthique » (16) ont marqué les jalons du phénomène de judiciarisation. **La judiciarisation caractérise l'action de soumettre un fait à l'appréciation du législateur puis à celle du juge, dans le but de protéger la société et ses membres** (17). L'appréciation des faits peut s'appuyer d'une part sur l'expérience acquise, souvent malheureuse et dont on veut préserver l'avenir, d'autre part

sur le débat porté en place publique. En cela, le phénomène de judiciarisation constitue un mode de régulation des pratiques.

2.2. Les fondements de la judiciarisation

2.2.1. Morale, usages et raison

Le phénomène de judiciarisation repose sur la disposition morale qui engendre en société des règles particulières de droit (18). Cette disposition morale est soutenue par le concours des usages et de la raison. Ces trois facteurs -morale, usages et raison - contribuent à la naissance d'un droit naturel raisonné sur lequel s'appuie la judiciarisation. Sans la raison, ce droit naturel serait peu efficace car il se heurterait à un obstacle qui est tout aussi naturel : l'amour de soi comme principe de conservation de soi. La raison s'appuie sur un outil méthodologique, le doute cartésien. Celui-ci la détache des faux amis de la pensée : opinions, préjugés, croyances. Ce doute est libérateur, alors que le doute des sceptiques clôt un examen au terme duquel rien ne peut être affirmé en toute certitude. La raison armée du doute permet de réaliser la finalité du droit en général : la justice. Les règles du droit naturel raisonné ont pour finalité de faire triompher et respecter par tous la justice dans la société. Ces règles rendent les notions de «*juste*» et

d'«*injuste*» distinctes et précises, donc efficaces (19). Elles renforcent le sentiment naturel et universel de justice car elles sont l'expression de la volonté générale ou plus exactement de la préférence au plus grand bien de tous. Elles ne sont pas arbitraires car elles ne font que réglementer et actualiser en fonction de l'expérience acquise (20).

Une conviction selon laquelle la loi est fondatrice du juste sous-tend le phénomène de judiciarisation : hors la loi, il n'est point de justice. Cette conviction se traduit par l'édition ferme et assurée de règles capables de se justifier par l'expérience, mais parfois incapables de se fonder rationnellement, c'est-à-dire de se démontrer. Ces règles sont confortables intellectuellement. Elles permettent au citoyen de se servir de son entendement sous leur direction et non pas d'user de la raison comme faculté critique. Elles s'opposent à une morale de situation qui serait improvisée au cas par cas, affranchie de repères objectifs.

2.2.2. Une réglementation de la vie en société : le pacte social

Selon J.-J. Rousseau (21), la loi est expressive d'une préférence de chaque individu pour le bien de la totalité : elle concerne l'intérêt général que chaque personne éprouve à titre de préférence. En effet, l'homme a tout intérêt à vivre en harmonie avec ses semblables grâce à un ensemble de

règles de droit et de lois qui ont pour fonction de régler la vie sociale, au sein d'un Etat qui assure une fonction essentielle de protection des individus. Le droit positif est l'ensemble des règles de droit qui réglementent la vie sociale en soumettant les actions de chacun à la loi fondamentale que constitue le pacte social (22). Ce droit positif est nécessaire, mais les lois écrites ne prévoient pas tous les cas particuliers et ne spécifient pas toutes les actions concourant au plus grand bien. L'étroitesse de ce droit positif, qui se voudrait pourtant général et systématiquement déclinable, le rend donc insuffisant.

3. Problématique

Il nous a semblé pertinent d'analyser le phénomène de judiciarisation de la médecine à partir de l'étude des rapports entre les acteurs de la santé et ceux de la justice. Dans un premier temps, une revue des situations difficiles rencontrées dans notre pratique quotidienne nous a permis de relever quatre types de **tensions** susceptibles d'aboutir à une procédure judiciaire : des tensions d'ordre *institutionnel*, des tensions d'ordre *culturel*, des tensions *éthiques* et des tensions *psychologiques*. A la recherche de constantes transversales à ces tensions, notre démarche est essentiellement qualitative et porte sur les rapports complexes entre la médecine et la justice.

Leur prise en compte serait susceptible de modifier nos pratiques et nos attitudes.

Conduite sur trois années, cette recherche qualitative comporte différentes strates. La **première partie** est consacrée à la **méthodologie**. La construction de la méthode repose sur une enquête par **entretiens** guidés à questions ouvertes suivie de l'analyse des résultats.

Une étude exploratoire auprès de 2 médecins, 2 biologistes et 2 magistrats a permis d'identifier des **hypothèses** sous-jacentes aux **conflits** que nous avons relevés :

. L'hôpital et le monde de la justice sont des terres étrangères pour le patient avec leurs lois et leurs règlements contraignants. Ces rapports d'autorité pour une part évitables entraînent des conflits d'ordre *institutionnel* ;

. La conception de la souffrance et l'importance des rites dépendent des traditions et des croyances, sources de conflits d'ordre *culturel* ;

. L'information du malade et les conduites thérapeutiques soulèvent des conflits d'ordre *éthique*, à l'origine d'une quête de repères dans les situations médicales difficiles ;

. Les relations interpersonnelles tendues ou pathologiques entre

médecins ou entre médecin et patient relèvent de conflits d'ordre *psychologique*.

Nous pensions que ces éléments ne soulevaient des difficultés aux praticiens qu'en cas de tensions. Or nous avons observé que certains éprouvent une forte charge émotionnelle, une anxiété ou une culpabilité tout en maintenant d'excellentes relations avec les malades et les autres intervenants hospitaliers. Dès lors, notre **problématique** devenait la suivante :

Les rapports entre la médecine et la justice sont complexes. L'Etat est le garant du fonctionnement de la justice. Il existe un champ d'action commun à la médecine et à la justice, s'étendant du soulagement de la souffrance au rétablissement d'un lien social (23). Ce lien rend le dialogue médecins-juristes nécessaire. La cohérence de la décision médicale et la qualité des soins passent par l'élaboration et le respect de normes, mais la pratique médicale connaît certaines dérives en contradiction avec les valeurs humanistes. La montée en puissance de la sécurité sanitaire constitue une rupture avec l'illusion d'une médecine omnisciente. Du fait de cette rupture, les citoyens regroupés en associations ont un rôle croissant dans le débat public visant à concilier droit de la santé et droit à la santé.

Sur le plan éthique, médecins et biologistes posent des limites à leur

pratique et à la finalisation des activités créatrices de la recherche. Sur le plan institutionnel, la personne malade confrontée à la justice pour demander réparation du préjudice qu'elle aurait subi du fait d'un acte médical devient une victime. Elle affronte alors la lourde machine judiciaire au travers d'une relation froide et dépersonnalisée. Sur le plan culturel, médecins et magistrats reconnaissent à la personne la même dignité mais, sur le plan psychologique, ils n'ont pas la même expérience ni la même approche des souffrances humaines.

Réalisée après l'étude exploratoire, l'enquête a concerné 44 nouveaux acteurs : 22 médecins, 11 biologistes et 11 magistrats.

L'analyse du contenu des entretiens (24) a mis en évidence l'interdépendance entre médecins, biologistes et magistrats. Elle nous a invité à élargir notre champ de recherche. A travers la souffrance professionnelle et la quête de relation des 3 sous-populations étudiées, nous avons constaté **l'émergence d'une médecine défensive**. Tel est l'objet de notre **seconde partie** exposant **le nécessaire dialogue du médecin et du juriste**.

Aujourd'hui, l'éthique ne peut plus tenir pour définitivement acquises les réponses traditionnelles ni se suffire de principes généraux anciens. Elle

ne peut s'inscrire dans une répétition du passé corrélée à l'observance de règles traditionnelles, comme si l'expérience tenait lieu de modèle. Elle se livre donc à une réflexion attentive sur la complexité des situations, à la recherche d'éléments de solution ajustés et porteurs d'avenir. Comme l'exprime P. Ricoeur : il est des circonstances en médecine où « *la norme conduit à des conflits pour lesquels il n'est pas d'autre issue qu'une sagesse pratique qui renvoie à ce qui dans la visée éthique est le plus attentif à la singularité des situations* » (25). Cette réflexion conjugue une approche sociologique, philosophique et éthique (26). La souffrance provoque un questionnement existentiel. À l'aide de concepts philosophiques, nous avons souligné la fonction essentielle de la parole et de l'écoute. Plusieurs philosophes : E. Kant, E. Lévinas, P. Ricoeur, J.-F. Malherbe nous ont permis d'aller plus avant dans la recherche.

De cette réflexion, ont découlé deux applications :

. une application théorique au **consentement aux actes médico-judiciaires**, abordée dans la **troisième partie**. Nous avons recherché dans quelle mesure ces actes peuvent être générateurs de tension pour le praticien ou de souffrance pour la personne examinée. Seuls le médecin ou le biologiste responsables des actes médicaux ordonnés par l'autorité judiciaire déterminent le seuil des risques liés aux prélèvements nécessaires pour le bien public.

. une application pratique à **l'hospitalisation d'office à Paris dans des locaux dépendant de la préfecture de police**, traitée dans la **quatrième partie** sous l'impulsion de notre directeur de thèse. Nous nous sommes interrogé sur l'existence, la signification, et les enjeux d'une structure médicale d'exception placée sous contrôle policier et semblant en contradiction avec le principe de désinstitutionnalisation des patients atteints de troubles mentaux.

Les **perspectives et les enjeux** concernant la judiciarisation de la médecine sont traités dans la **cinquième partie** : émergence du concept de santé environnementale, voie étroite entre la concertation et la contrainte par voie législative relative aux pratiques médicales, risque d'ineffectivité de lois dépassées par la science.

Ce travail est une contribution au domaine de l'éthique appliquée, branche de l'éthique médicale. Puisse-t-il améliorer les pratiques professionnelles. Qu'il donne le goût à d'autres professionnels de santé de s'interroger davantage sur leur exercice et de l'enrichir par une réflexion fondamentale et interdisciplinaire.

Chapitre I :**CONSTRUCTION DE LA METHODE**

Compte-tenu de l'ampleur et de la dimension du thème traité, nous avons choisi d'utiliser la méthode qualitative. Elle comporte deux caractéristiques indispensables à notre recherche : elle aborde les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel tout en conservant une place centrale aux acteurs. La méthode qualitative privilégie le sens que les acteurs donnent eux-mêmes à leur vie : elle nécessite donc l'implication non seulement du chercheur mais encore des acteurs. Elle prend en considération l'interaction entre le chercheur et les données, c'est-à-dire le caractère réflexif de la recherche. Elle privilégie la compréhension des phénomènes plus que la démarche hypothético-déductive, la description et l'interprétation plus que l'explication (27).

Parmi les techniques utilisant une méthode qualitative, c'est celle de l'enquête par entretiens qui nous est apparue la plus proche de la pratique clinique. Selon A. Blanchet : *«L'enquête par entretien est ainsi particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs ; lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent. Elle aura pour spécificité de rapporter les idées à l'expérience du sujet. Elle donne accès à des idées incarnées, et non pas préfabriquées, à ce qui constitue les idées en croyance et qui, pour cette raison, sera doté d'une certaine stabilité»* (28).

Cette technique de relation interpersonnelle met en évidence ce qui relève de l'interaction entre les acteurs. Ceux-ci sont familiarisés avec les entretiens qui permettent d'obtenir des données objectives et subjectives utiles, souvent sur le ton courtois de la conversation, mais avec une relation asymétrique entre le chercheur et la personne interrogée. Le chercheur pose des questions, la personne interrogée livre des informations issues de sa propre expérience. L'entretien se focalise sur un thème donné.

La totalité des entretiens est réalisée par le même chercheur, ce qui est un point méthodologique essentiel au vue de la nature qualitative de la recherche. Ce chercheur est un médecin, ce qui permet une compréhension

des thèmes traités. Il se pose en observateur externe aux structures où les acteurs exercent leurs fonctions. Ceci permet le recueil de données moins subjectives, sans interférence hiérarchique, et facilite l'argumentation.

Nous avons pratiqué des entretiens guidés à questions ouvertes. Il s'agit d'entretiens en profondeur et directifs, dont le thème est prédéterminé. Le chercheur suggère et délimite le domaine à explorer. Ce type d'entretien n'est pas centré sur la personne interrogée mais récolte le fruit de ses expériences. Il laisse un degré de liberté à la personne interrogée facilitant l'expression du cours de sa pensée et la communication avec le chercheur. Le sujet n'a pas d'autre intérêt personnel que la gratification de participer à un travail de recherche.

Nous sommes partis de notre pratique quotidienne d'entretiens cliniques non directifs avec des patients, des victimes ou des personnes privées de liberté. Par souci de rigueur, nous avons défini un cadre permettant d'orienter et de guider l'entretien sur le thème de la recherche. Ce cadre est identique pour tous.

Nous avons transcrit ces entretiens sous forme de notes. En complément des entretiens, nous avons décidé d'utiliser les réflexions informelles de soignants, de policiers et de magistrats que nous avons recueillies à propos de situations particulières.

La conduite d'une recherche suppose une rupture épistémologique et nécessite un recul critique. La bibliographie a modifié notre regard, créent une distance à l'égard de la question de recherche et du terrain où elle se déroule.

Chapitre II :**MODALITES DE L'ENQUÊTE PAR ENTRETIENS****II.1. La population**

La population concernée par la recherche se décompose en trois sous-populations : médecins, biologistes, magistrats. Ce choix est déterminé par les hypothèses. Chaque sous-population est susceptible d'apporter des informations spécifiques. Médecins, biologistes et magistrats intervenant dans la population globale à des titres distincts, leur statut d'informateur est différent. Mais le discours des acteurs est sur le même plan : ils parlent chacun de leur expérience dans des régions différentes de la pratique.

II.2. L'échantillon

II.2.1. Construction de l'échantillon

Le thème de l'enquête est multidimensionnel. Les attitudes supposées des acteurs par rapport à la judiciarisation de la médecine sont diverses. Recherchant un maximum de diversification dans le contenu des entretiens, nous avons bâti un échantillon diversifié qui repose sur la sélection de composantes caractéristiques de la population. Ce type d'enquête ne comportant pas d'effectifs suffisants, le problème de représentativité statistique ne se pose pas.

Nous avons appliqué le principe de saturation empirique : l'enquête a été arrêtée lorsque de nouveaux entretiens ne nous ont plus apporté d'éléments nouveaux. Nous relevons dans notre pratique quotidienne des comportements différents des acteurs selon leur appartenance professionnelle. Nous avons donc vérifié que chaque sous-population d'acteurs soit représentée par un échantillon de taille suffisante.

II.2.1.1. Etude préliminaire de faisabilité

Nous avons évalué la faisabilité de l'enquête auprès de 6 acteurs : 2 médecins, 2 biologistes et 2 magistrats. Cette étude exploratoire a permis

d'élaborer quatre hypothèses de recherche.

. L'hôpital et le monde de la justice sont des terres étrangères pour le patient avec leurs lois et leurs règlements contraignants, leurs rapports d'autorité pour une part évitables. Cela entraîne des conflits d'ordre *institutionnel* ;

. La conception de la souffrance et l'importance des rites dépendent des cultures, des traditions et des croyances. Elles sont sources de conflits d'ordre *culturel* ;

. L'information du malade, les conduites thérapeutiques soulèvent des conflits d'ordre *éthique* nécessitant des références reproductibles ;

. Les relations interpersonnelles tendues ou pathologiques entre médecins ou entre médecin et patient relèvent de conflits d'ordre *psychologique*.

II.2.1.2. Deux cohortes de 22 acteurs

Après cette étude préliminaire, nous nous sommes entretenus avec 44 autres acteurs. Pour la cohérence de l'enquête, nous nous sommes limités aux membres de trois catégories professionnelles que nous sommes amenées à côtoyer quotidiennement : 22 médecins, 11 biologistes, 11 magistrats.

Nous nous sommes d'abord entretenus avec 22 acteurs sélectionnés pour leur critique affichée de leurs conditions d'exercice professionnel. Nous n'avons pas choisi ces acteurs en fonction de nos propres difficultés, mais en fonction des difficultés qu'ils expriment eux-mêmes de manière spontanée. Ce critère de sélection est subjectif, car c'est le chercheur lui-même qui identifie les sources de difficultés professionnelles et de conflits éthiques.

Nous avons alors réalisé qu'il était nécessaire d'inclure également dans notre enquête un nombre significatif d'acteurs paraissant satisfaits de leur activité, en symbiose avec leur environnement socio-professionnel. Nous n'avons pu mener cette étude de manière concomitante. Nous avons donc constitué une deuxième cohorte, de taille comparable à la première.

II.2. 2. Caractéristiques de l'échantillon

L'étude préliminaire porte sur 6 acteurs âgés de 29 à 58 ans : 2 médecins, 2 biologistes, 2 magistrats.

L'échantillon de l'enquête est décrit dans le tableau mis en annexe. 22 acteurs affichent une critique de leurs conditions d'exercice professionnel, le plus souvent sous la forme de situations conflictuelles qu'ils décrivent en détail. 18 acteurs se disent globalement satisfaits de leur activité

professionnelle, 4 acteurs expriment une neutralité quant à ces conditions d'exercice.

II.3. Déroulement des entretiens

II.3.1. Les circonstances

Ces entretiens ont tous eu lieu à notre initiative, suscités par la recherche. La majorité des acteurs interrogés, 37 sur 44, n'ont été contactés qu'à l'occasion de l'entretien. Aucun entretien ne s'est produit avec plusieurs personnes à la fois. 2 médecins et 1 biologiste ont insisté pour obtenir la présence taise d'un étudiant hospitalier. Les 41 autres entretiens se sont déroulés en tête à tête, de manière à éviter toute pression hiérarchique ou toute influence par une personne extérieure. Seulement 3 acteurs interrogés lors de l'étude préliminaire et 4 acteurs concernés par l'enquête étaient auparavant connus du chercheur dont 6 depuis de nombreuses années.

II.3.2. Cadre des entretiens

Au début de chaque entretien, le chercheur est identifié comme

médecin et étudiant en troisième cycle d'Ethique Médicale et de Santé Publique au Laboratoire d'Ethique Médicale de l'Université Paris V. L'unité de lieu ne nous est pas apparue comme une condition nécessaire à la validité de notre étude. Les entretiens ont donc été réalisés dans différents locaux : 28 acteurs ont été rencontrés sur leur lieu de travail respectif, 9 à l'Hôtel-Dieu de Paris, 4 dans un restaurant, 3 à leur domicile.

L'unité de temps a été respectée, chaque entretien ayant une durée comprise entre 25 et 60 minutes.

Tous les entretiens débutés sont parvenus à leur terme et ont donc pu être exploités.

II.3.3. Les consignes

Attendant des acteurs une réflexion sur les représentations et la pratique personnelle, nous avons pratiqué des entretiens à dominante modale. Quel que soit l'entretien, la question posée est la même, simple et personnalisée : « *Quelles difficultés rencontrez-vous dans votre pratique ?* ». Cette entrée en matière a permis d'éviter d'aborder les théories juridiques et les pratiques en vigueur chez les confrères. Afin de canaliser les propos de certains acteurs estimant que tout leur était facile ou au contraire que tout leur était difficile, nous avons ajouté un adjectif qualifiant et graduant ces

difficultés, allant de : « *Qu'est-ce qui est le moins facile dans votre pratique ?* » à : « *Quelles difficultés principales rencontrez-vous dans votre pratique ?* ».

II.3.4. Style : des entretiens guidés à questions ouvertes

Chaque dialogue est directif et structuré, utilisant un guide. Cette orientation n'entrave par la spontanéité de l'acteur dès lors qu'il ne s'éloigne pas du thème imposé par le chercheur. Elle facilite l'attitude de neutralité requise pour les entretiens de recherche. Certains entretiens ont pris une forme narrative : la production discursive de l'acteur a pris la forme d'un récit de sa propre expérience. Mais du fait de sa perception, de sa mémoire et de ses facultés narratives, l'acteur s'est souvent livré à une interprétation d'événements ou de situations plus qu'à leur récit brut.

II.3.5. Transcription des entretiens

Les entretiens ont été transcrits sous forme de notes prises devant les acteurs grâce à l'identification de mots clés, de rappel des début et fin de phrases. Nous avons matériellement prévu de relire et de mettre en forme

les notes dans l'heure suivant chaque entrevue. Ce déroulement a été strictement respecté. Ce sont ces 44 rapports que nous avons ensuite analysés.

II.3.6. Utilisation de données anonymes

Comme nous nous y sommes engagés auprès de chacun d'entre eux, l'anonymat indispensable des acteurs et de leurs fonctions est assuré. Les données figurant en annexes ont été anonymisées.

II.4. Analyse du contenu des entretiens

L'analyse systématique de ce contenu n'est possible qu'en cas d'enregistrement. Elle est donc exclue de notre étude. Selon les recommandations de J.-P. Deslauriers (29), nous avons pris comme outil d'analyse la lecture répétée des 44 entretiens. Même si une question précise est posée, il est impossible de saisir rapidement le sens profond d'une entrevue, à moins d'imposer ses propres catégories de lecture. Par approches répétées, le matériel révèle progressivement plusieurs niveaux de signification, comme autant de noyaux de sens.

Une seconde analyse concernant les difficultés rencontrées dans la pratique professionnelle a été effectuée avec les hypothèses de recherche comme grille de lecture. En prenant le mot comme unité de sens, le chercheur regroupe les difficultés que les acteurs lui énoncent selon quatre ordres :

- . l'ordre *éthique* à propos de l'information du malade, de la conduite thérapeutique ;

- . l'ordre *institutionnel* : l'hôpital est une terre étrangère avec des lois et des règlements contraignants, pour une part inévitables ;

- . l'ordre *culturel* : la conception de la souffrance, l'importance des rites dépendent des cultures, des traditions et des croyances ;

- . l'ordre *psychologique* : des relations conflictuelles peuvent surgir au sein de l'équipe médicale, avec un patient, ou bien avec une autorité policière ou judiciaire.

Puis s'est rapidement imposée à nous la nécessité d'étudier l'interaction entre les 3 catégories professionnelles d'acteurs. D'où trois lectures. Nous avons alors recherché à l'aide de mots et d'expressions clés «*ce qui était le plus difficile*», comme le demande la consigne, pour les médecins, les biologistes et les magistrats.

Chapitre III :**CRITIQUE GENERALE DE LA METHODE****III.1. Les biais de la méthode****III.1.1. L'activité de médecin du chercheur**

Un premier biais est lié à notre position de médecin, qui a inévitablement influencé la relation avec les professionnels de santé dans le sens de la confraternité, et non dans celui du rapport neutre avec un observateur indépendant.

Amenés à s'exprimer sur un thème médical devant un non spécialiste du droit de la santé, les magistrats ont également pu être sensibles à ce biais. Nous n'avons toutefois pas retrouvé un comportement différent à notre égard selon la profession des acteurs, chacun réagissant selon sa personnalité.

III.1.2. Un échantillon ne prenant pas en compte l'ensemble des intervenants dans la judiciarisation de la médecine

Un second biais est la composition de l'échantillon, d'où sont exclus les patients eux-mêmes et le personnel soignant, mais aussi les avocats, les policiers. Nous n'ignorons pas leur rôle central dans le thème de la recherche : ils sont autant impliqués dans la judiciarisation de la médecine que les professionnels de santé et les magistrats eux-mêmes, mais une autre étude serait nécessaire afin de prendre en compte des difficultés qui leur sont propres.

III.1.3. Une reconstitution imparfaite des entretiens

Un troisième biais concerne la reconstitution des entretiens. La transcription de notes prises devant les acteurs et leur mise en forme de mémoire présente un caractère subjectif évident. Elle ne vise pas l'exactitude. Elle fait nécessairement appel à l'interprétation du chercheur, qui estime que tel mot, telle phrase sont des éléments clés de l'entretien. Afin de faciliter la compréhension de ces éléments clés, nous avons décidé de préciser leur contexte en insérant le rapport d'entretien dans un paragraphe circonstancié que nous avons brièvement reconstitué, pour chaque acteur.

III.2. L'information des acteurs

Notre recherche n'appartient à aucune des catégories concernées par la loi Huriot-Sérusclat sur la protection des personnes qui se prêtent aux recherches biomédicales (Loi du 20 décembre 1988 modifiée les 20 janvier 1990, 18 janvier 1991, 25 juillet 1994 et 28 mai 1996) (30) : essai et investigation cliniques, autres recherches. Elle ne traite pas de données nominatives, n'a pas donné lieu à la constitution d'un fichier informatisé devant être déclaré à la Commission Nationale Informatique et Liberté.

Elle constitue une étude des pratiques en médecine s'appuyant sur une méthode d'enquête par entretiens guidés à questions ouvertes. Devait-elle répondre aux critères de la recherche psychosociologique qui exige l'autorisation des personnes interrogées pour utiliser les entretiens réalisés avec elles ? Nous ne sommes pas dans ce cadre : cette étude concerne l'activité médicale habituelle du chercheur, les entretiens ne peuvent être assimilés à des observations cliniques et sont rendus anonymes.

Nous avons adopté lors de la reconstitution des entretiens la forme littéraire du dialogue, mode que nous avons déjà utilisé lors de précédents travaux d'étude des pratiques médicales (31, 32).

III.3. Calendrier de la recherche

Tous les entretiens se sont déroulés entre juillet 1999 et décembre 2000.

. De juillet 1999 à novembre 1999 : étude préliminaire concernant 6 acteurs pour évaluer la faisabilité de l'enquête et formuler des hypothèses de travail à propos des difficultés d'ordre éthique concernant la judiciarisation de la médecine, à vérifier par l'enquête.

. De décembre 1999 à juillet 2000 sans interruption : premier temps de l'enquête, avec constitution de la première cohorte de 22 acteurs sélectionnés pour leur critique affichée de leurs conditions d'exercice professionnel.

. De septembre 2000 à décembre 2000 : deuxième temps de l'enquête, avec constitution de la deuxième cohorte composée d'acteurs se disant satisfaits de leur activité professionnelle ou exprimant une neutralité quant à cette activité.

. De janvier 2001 à mai 2001 : analyse du contenu des entretiens, enrichie de données bibliographiques.

. De mai 2001 à avril 2002 : mise en forme et synthèse des travaux.

Chapitre IV :

RESULTATS

IV.1. Etude préliminaire et hypothèses de recherche

L'analyse par lectures répétées des entretiens préliminaires nous a permis de formuler trois hypothèses :

- Les médecins et les magistrats ne reconnaissent pas le même statut et n'accordent pas le même crédit à la parole de leur interlocuteur

- La judiciarisation de la médecine entraîne un bouleversement de certaines habitudes et une transformation des pratiques qui font violence au médecin

- alors que les médecins établissent avec le patient un pacte de non abandon, les magistrats sont tenus d'établir un dialogue avec le justiciable à travers le formalisme de l'institution judiciaire. Ils éprouvent parfois une gêne du fait de la pesanteur de celle-ci (33).

Nous avons voulu vérifier ces hypothèses auprès des 44 autres acteurs.

Le tableau récapitulatif des entretiens permettant la vérification des hypothèses figure en annexes. Ce tableau illustre les quatre ordres de difficultés et les huit thèmes principaux.

IV.2. Analyse thématique des entretiens

Hors de la cohérence singulière de chaque entretien, une cohérence thématique inter-entretien a été recherchée. L'analyse thématique a permis d'identifier quatre ordres de conflits :

- . conflits d'ordre *éthique* à propos de l'information du malade, de la conduite thérapeutique ;

- . conflits d'ordre *institutionnel* : l'hôpital est une terre étrangère avec des lois et des règlements contraignants, pour une part inévitables ;

- . conflits d'ordre *culturel* : la conception de la souffrance, l'importance des rites dépendent des cultures, des traditions et des croyances ;

- . conflits d'ordre *psychologique* : des relations conflictuelles peuvent surgir au sein de l'équipe médicale, avec un patient, ou bien avec une autorité policière ou judiciaire.

Nous avons distingué huit rubriques ou thèmes principaux dans les réponses des acteurs.

- . Les rapports entre la médecine et la justice sont complexes
- . L'Etat est le garant du fonctionnement de la justice
- . Il existe un champ d'action commun à la médecine et à de la justice, s'étendant du soulagement de la souffrance au rétablissement d'un lien social
- . Un dialogue médecins-juristes est nécessaire
- . La cohérence de la décision médicale et la qualité des soins passent par l'élaboration et le respect de normes
- . La pratique médicale connaît certaines dérives en contradiction avec les valeurs humanistes
- . La montée en puissance de la sécurité sanitaire constitue une rupture avec l'illusion d'une médecine omnisciente
- . Regroupés en associations, les citoyens ont un rôle croissant dans le débat public visant à concilier droit de la santé et droit à la santé

Ces huit thèmes constituent le noyau de sens repérable en fonction de la problématique et des hypothèses de recherche. Ils forment le cadre stable de l'analyse des 44 entretiens. Nous les avons noté de (1) à (8) dans la grille d'analyse qui figure en annexe.

Les lectures successives des entretiens nous ont amené à reconsidérer la souffrance des professionnels de santé. Nous avons relevé un sentiment douloureux de leurs propres **limites**. Celui-ci se manifeste devant les épreuves traversées par des patients qu'ils ne parviennent pas toujours à soulager, devant l'incompréhension ou la douleur des familles qu'ils n'arrivent pas à apaiser. Cette incompréhension traduit des conflits de valeurs, notamment lors de demandes d'obstination thérapeutique ou lors de conflits familiaux complexes.

Chapitre I :**L'EMERGENCE D'UNE MEDECINE DEFENSIVE**

L'exercice de la médecine nécessite une pédagogie des droits et des obligations de la part des praticiens comme de leurs patients (34). Cet apprentissage du principe de responsabilité résulte de l'évaluation des conséquences des actes dans le temps et sur les autres (35). Certains facteurs d'évolution de la responsabilité médicale engendrent une complexité normative et organisationnelle croissante : l'aspiration de nos concitoyens à un état de santé optimal, le pouvoir symbolique fort de la médecine, la haute technicité des moyens médicaux (36).

Le système de santé ne doit pas écarter l'essentiel : la personne souffrante. Le champ des responsabilités juridiques appelle une prise de conscience : celle de l'exercice d'une profession particulière au service des plus faibles. Quelles que soient ses modalités d'intervention, l'exercice de la profession de soignant ne doit jamais faire perdre de vue l'intérêt supérieur du malade.

Le constat de M. D. (entretien n°5) enrichit notre réflexion : « *Il y a soixante ans, le médecin était considéré comme un homme de science incontestée, alors qu'il possédait encore peu d'armes pour agir. Aujourd'hui, alors qu'il dispose de beaucoup plus de moyens techniques, il est très souvent récusé.* » La médecine n'est pas une science exacte. Les progrès scientifiques et techniques sont constants et considérables, entraînant une évolution rapide des connaissances médicales. La médecine de soins fait sans cesse appel à des procédures diagnostiques et thérapeutiques nouvelles qui imposent aux médecins une grande adaptabilité et la remise en cause constante de leurs pratiques personnelles. Le caractère de plus en plus sophistiqué des techniques entraîne nécessairement une augmentation des risques requérant une particulière vigilance quant aux indications de leurs actes, aux précautions à prendre dans leur réalisation et leur suivi. Au fur et à mesure que les sciences médicales manifestent une efficience croissante, leur responsabilité dans la survenue de nuisances est de plus en plus engagée, comme si un progrès devait s'accompagner d'un risque devenu une donnée ontologique.

En matière d'infections nosocomiales (37), l'évolution jurisprudentielle va de plus en plus vers la condamnation du praticien pour non-respect de l'obligation de sécurité de résultat, même en l'absence de faute. Cette situation pose d'autant plus question que le risque zéro n'existe pas plus en

la matière que dans les autres disciplines médicales. Afin d'indemniser la victime ayant subi un grave préjudice du fait d'un acte médical non fautif, une telle jurisprudence illustre le problème du risque thérapeutique, en attente d'une loi sur l'aléa médical et la création d'un fonds d'indemnisation des accidents médicaux non fautifs graves financé par les caisses d'assurance-maladie, l'Etat et les assureurs. Quelles que soient les précautions prises dans le domaine de l'hygiène et de l'asepsie, il resterait 30 % d'infections nosocomiales résiduelles dans un établissement. Le coût de la sinistralité de la responsabilité civile professionnelle des médecins est en progression inquiétante. Il s'est encore accru depuis les arrêts de la Cour de cassation de juin 1998 (38) mettant à la charge des praticiens la responsabilité des infections nosocomiales à parité avec les établissements de soins (39).

Par des décisions de justice défavorables aux médecins, les magistrats ne traduisent-ils pas davantage des préoccupations humaines et sociales que le souci d'équité que les justiciables seraient en droit d'attendre de ceux qui ont la lourde charge de dire le droit et d'administrer la justice ? Parallèlement au débat juridique, s'engage un débat de société : le citoyen est-il en mesure d'admettre que le progrès thérapeutique crée des zones de turbulences ou bien ces turbulences amoindrissent-elles le capital de confiance qu'il porte au médecin ?

Le corps médical revendique le droit d'exercer son art en toute conscience, dans la sérénité apportée par des conditions normatives

administratives et financières. Les médecins demandent que les actes dont ils doivent répondre soient jugés en toute équité selon les critères scientifiques, médicaux, humains et juridiques raisonnablement exigibles d'un professionnel de santé.

La valeur de l'acte médical repose sur la compétence professionnelle, les moyens matériels employés, les procédures utilisées c'est-à-dire la conformité des prescriptions diagnostiques ou thérapeutiques à la situation observée au même moment et dans des lieux analogues. Les références établies par des organismes professionnels constituent la mise en adéquation du savoir avec la pratique. Elles nécessitent une actualisation permanente. Désormais, ce savoir est à la disposition du patient grâce à la multiplicité des sources d'information stimulées par son besoin légitime de comprendre et de participer aux soins (40). La volonté d'implication dans le choix thérapeutique entraîne un consumérisme exacerbé chez certains patients.

Chapitre II :

COMPLEXITE DES RAPPORTS ENTRE LA MEDECINE ET LA JUSTICE

II.1. L'Etat, garant du fonctionnement de la justice

A. L. (entretien n° 9) aborde ainsi le rôle de l'Etat dans la judiciarisation de la médecine : « *Le phénomène de judiciarisation de la médecine met en jeu les rapports de la liberté et de l'autorité, de la raison et du pouvoir. Il s'appuie sur les structures de l'État, d'un pouvoir infiniment supérieur au pouvoir de l'individu, et qui le contraint à respecter le droit des autres.* » Pourquoi l'Etat prône-t-il la judiciarisation ? Nous fonderons nos arguments sur différentes conceptions du rôle de l'Etat.

Selon une morale de bienfaisance, l'Etat recherche le bonheur du plus grand nombre, répudiant les extrêmes qui se rejoignent dans l'intolérance,

c'est-à-dire dans le mépris de l'autre et du réel. L'outrance est susceptible de produire à son tour d'autres excès dont ne s'accommodent ni l'histoire ni la tranquillité des hommes (41). Pour G. Hegel (42), l'État est le triomphe de la rationalité et de l'universel sur l'égoïsme et sur les intérêts particuliers, le triomphe du désintéressement. La judiciarisation apparaît comme l'aboutissement d'une organisation rationnelle qui fait appel aux intérêts et aux passions des hommes pour amener chacun à contribuer à l'édifice commun, comme l'ont montré les utilitaristes.

Selon E. Kant, il existe un « *mal radical* » (43) présent en l'homme : une tendance indéracinable à agir sans tenir compte de la loi morale. Agir moralement, c'est donc agir par devoir. Celui qui transgresse la loi de l'État peut s'attendre à subir un châtement (44). Le devoir est la faculté qu'a la raison de nous éclairer sur ce que nous devons faire pour nous conduire en êtres raisonnables. Cette faculté est un mobile pour l'action : la loi commande inconditionnellement du simple fait qu'elle existe. Cette loi puise ses sources dans la morale : c'est une loi que nous nous donnons à nous-mêmes non pas en tant qu'êtres dotés d'un caractère et d'une psychologie déterminés, mais en tant qu'êtres porteurs de raison. Dans cette acception, la judiciarisation permet de gouverner les conduites humaines en réduisant l'écart entre respect et obéissance. Les penchants sensibles se taisent devant l'impératif du devoir, dans la mesure où celui-ci est catégorique.

Selon A. Schopenhauer, l'Etat, « *ce chef-d'oeuvre de l'égoïsme*

intelligent et raisonné » (45), surmonte les tendances individualistes des hommes qu'il contient et qu'il exploite. Il pèse de tout son poids dans la judiciarisation dans le but de maintenir la cohésion sociale. Parce que cet Etat à la fois bride et protège les citoyens, il serait vain d'espérer pouvoir se passer de sa puissance (46) : il est garant du fonctionnement de la justice.

II.2. L'éthique forge la loi à partir de la primauté de la personne

Nous suivrons le philosophe P. Ricoeur : « *C'est par convention que je réserverai le terme d' "éthique" pour la visée d'une vie accomplie sous le signe des actions estimées bonnes, et celui de "morale" pour le côté obligatoire, marqué par des normes, des obligations, des interdictions caractérisées à la fois par une exigence d'universalité et par un effet de contrainte.* » (47).

La morale décrit des systèmes de règles que des hommes suivent ou disent devoir suivre dans leur vie personnelle et sociale (48). Elle apparaît constituée par l'ensemble des valeurs régnant dans une société donnée, à un moment donné. Le respect des normes qu'elle édicte s'impose encore dans certaines communautés grâce à la tradition orale, sans qu'il soit nécessaire de les consacrer juridiquement. Dans notre société, la morale s'applique en matière médicale à partir d'un cadre social constitué par

l'ensemble des règles de la profession relatives aux rapports entre les médecins et entre ceux-ci et leur patients (49). La loi ou le règlement peuvent affermir cette déontologie. Ils donnent une force juridique au Code de déontologie.

L'éthique médicale analyse le fondement des règles morales (50). Elle se situe sur le plan des pratiques, traite du comportement du médecin face à son patient. D'une manière dynamique, elle vise les choix opérés par la conscience du médecin face au patient. Ces choix s'ordonnent entre des exigences parfois contradictoires, ou en réponse aux mutations opérées par le progrès technique. L'éthique met donc en jeu les concepts fondamentaux de bien, vertu, devoir, obligation, mais elle ne pourrait se satisfaire d'une morale d'Etat. Alors que la loi impose une obéissance mécanique à tous et est souvent en retard sur l'évolution scientifique, l'éthique repose sur une démarche individuelle : elle est plurielle et complexe, ne se satisfait pas de réponses univoques. Elle ne distingue pas seulement des personnes et des choses, mais encore borne les initiatives intempestives. L'esprit scientifique est parvenu à s'affranchir de l'illusion dogmatique d'une vérité absolue : les valeurs éthiques l'empêchent de verser dans un optimisme triomphant ou de sombrer dans un scepticisme désabusé. Accompagnant voire précédant la démarche scientifique, la réflexion éthique contribue à forger les lois à partir de principes qui garantissent le respect de la personne.

II.3. « Une société juste est elle fondée sur l'autorité du texte de loi ou sur des droits ? »

Ainsi s'interroge R. Dworkin dans son ouvrage : « *Une question de principe* » (51) où sont mises en balance deux conceptions divergentes de l'autorité de la loi. La première est une théorie qui fonde la loi sur le respect de principes et qui distingue l'autorité de la loi et le contenu donné à la justice. La seconde est fondée sur l'expression de la liberté grâce à la mise en oeuvre de droits individuels. Elle est plus ambitieuse que la précédente, car elle suppose que les citoyens ont des droits et des devoirs les uns envers les autres, et des droits politiques que l'État doit leur reconnaître (52). Ici, l'autorité de la loi dépend de la perception qu'a l'opinion publique des droits individuels, et les droits peuvent être appliqués à la requête de simples citoyens. Cette conception peut pêcher par un nombre insuffisant de droits reconnus par l'État, parce que certains droits le léseraient lui-même ou par inéquité dans l'application de décisions. Le respect des principes et l'expression de la liberté ne sont pas des conceptions antinomiques. Leur association contribue à fonder une société juste. Une grande conformité avec le modèle du texte de loi est nécessaire à une société juste, mais la seule conformité aux lois n'est pas une condition suffisante de la justice : appliquer les lois avec zèle peut aboutir à une injustice si ces lois sont elles-mêmes injustes (53). La conception de l'autorité de la loi qui se fonde sur les droits

est critiquable sur la forme à cause de son insistance sur les possibilités de recours qui retardent la décision, et sur le fond à cause de son encouragement à la défense des intérêts individuels au détriment de l'intérêt collectif.

II.4. Rôle et obligations des médecins dans la défense des droits et libertés fondamentaux de la personne

Par vocation et par profession protecteur de la vie, le médecin a conscience des valeurs humaines qui doivent être respectées, comme en témoignent le Serment d'Hippocrate et la prière établie au XIIe siècle par Moïse Maimonide, médecin, philosophe aristotélicien et talmudiste. « *On ne demande pas à un malheureux : de quel pays ou de quelle religion es-tu ? On lui dit : tu souffres ! Cela suffit. Tu m'appartiens et je te soulagerai* », enseignait Pasteur en 1886. A cet égard, le médecin a une place privilégiée parmi les défenseurs des droits de l'homme car le respect et la mise en oeuvre d'un droit à la santé touchent à tous les aspects de la vie (54).

Chapitre III :**LE NECESSAIRE DIALOGUE DU MEDECIN ET DU JURISTE**

Le patient peut être inquiet d'un progrès qu'il ne maîtrise pas et qui confère au médecin un pouvoir nouveau sur sa vie. Le renouvellement permanent des techniques médicales rend un tel dialogue nécessaire afin de préserver l'indépendance du médecin et sa liberté de choix, garantes de son efficacité.

III.1. La conscience du médecin peut-elle être l'arbitre du droit ?

Pour le juriste, c'est au juge qu'il appartient de veiller à l'application du droit. Selon la formule du Professeur L. Portes (55), l'acte médical est « *une confiance qui rejoint librement une conscience* ». Cette conscience est informée des exigences de la société et de celles du droit qui la protège et qui la guide.

III.1.1. Les inquiétudes suscitées par les progrès de la médecine

L'incertitude règne quant aux incidences de la recherche expérimentale sur la santé, la sécurité et l'environnement (56), la possibilité de connaître et de manipuler les caractéristiques génétiques héréditaires d'un individu.

III.1.2. Le patient érigé en consommateur de soins

« Exigeant que soient constamment repoussées les limites de la souffrance et de la mort, le malade tend à considérer comme un échec technique la douleur ou l'aggravation de son état. Le droit d'être soigné est confondu avec le droit d'être guéri. », déclare E. H. (entretien n° 24). Il en résulte des précautions de la part du corps médical qui, tout en donnant les soins les plus utiles aux patients, est préoccupé de sauvegarder ses responsabilités. Certains traitements entraînant un risque pourtant justifié sont susceptibles d'être abandonnés au profit d'autres traitement faisant courir un moindre risque mais parfois moins efficaces.

III.1.3. Une médecine de plus en plus onéreuse

Faire reculer la mort, parfois de quelques jours seulement, entraîne des coûts d'équipements et de formation professionnelle de plus en plus importants. Ces montants imposent des choix de plus en plus difficiles, de plus en plus graves à mesure du développement des thérapeutiques nouvelles. Ils font naître un conflit de devoir opposant les exigences d'une personne malade et les intérêts de la collectivité. Le médecin prescripteur est engagé au premier plan de cette confrontation. Il cesse d'être l'avocat exclusif de l'individu pour balancer la cause de ce dernier contre celle de l'intérêt général. Il revient également aux économistes, aux citoyens de s'exprimer, et en dernier ressort aux représentants de la collectivité de décider des priorités en matière de santé publique (57).

III.1.4. Une médecine inadaptée aux besoins de tous

Aujourd'hui, ce que Goethe redoutait dans une lettre à Charlotte von Stein se profile : « *Moi aussi je partage cet amour du progrès ; mais je crains aussi que l'humanité arrive à une situation dans laquelle chaque homme doit être l'infirmier d'un autre homme* ». La situation d'une double action morale du médecin vis à vis des intérêts du patient et des intérêts sociaux pose un

conflit d'obligations professionnelles. La notion de justice en matière bioéthique se trouve confrontée au défi politique des systèmes de santé. Les inégalités croissantes de répartition des richesses entre les Etats ne permettent pas aux pays en voie de développement de supporter les coûts d'une médecine moderne. A court terme, en augmentant l'offre de soins, les réussites de la médecine accroissent les difficultés économiques des pays connaissant une explosion démographique.

III.1.5. Démystification de la technologie médicale : la prévention plutôt que la guérison

Dans certaines pathologies infectieuses où échoue la médecine curative, des mesures de médecine préventive simples et peu coûteuses sont susceptibles d'être mises en œuvre, comprenant des soins accessibles à tous, tant sur le plan financier que sur le plan culturel. L'état de santé de la population de l'Hexagone connaît encore d'importantes disparités en fonction du niveau socio-professionnel. Comme le précise le rapport de l'Académie de médecine remis au Président de la République le 10 avril 2002, l'insuffisance de prévention creuse les inégalités sociales. Une réduction de ces déséquilibres peut être obtenue par une prévention s'exerçant dès la petite enfance et visant à diminuer la mortalité prématurée liée au tabac, à l'alcool, aux accidents, à l'obésité, au suicide.

III.1.6. Le rôle essentiel de la santé publique

La première moitié du XXe siècle correspondait à l'ère de la science clinique, marquée au sein du corps médical par un déplacement du centre d'intérêt de la maladie au malade. La médecine psychologique et la sociologie, qui ont leurs cliniciens, ont alors démontré que la maladie ne pouvait plus être traitée à part. À partir de 1950, l'avènement des antibiotiques et des insecticides ouvre l'ère de la santé publique. Celle-ci puise ses sources dans plusieurs facteurs :

- . une prise de conscience par les scientifiques eux-mêmes de l'absence de maîtrise du progrès médical, qui implique une appréhension de l'homme en relation avec la totalité de son milieu (58) ;

- . de nouvelles exigences des citoyens sur le diagnostic et le traitement de la maladie d'une collectivité et non plus d'un malade. L'écologie, avec notamment le traitement des déchets et la maîtrise des sources d'énergie, devient un thème de réflexion incontournable.

Pour panser les maux de la collectivité, le médecin doit comprendre comment fonctionne cet ensemble d'individus, admettre le rôle des cultures, des valeurs, des normes et du comportement humain dans les tableaux des maladies communautaires et de leurs causes. Ainsi les facteurs favorisant la

survenue de pathologies sont-ils clairement identifiés (59) : les carences alimentaires, l'ignorance des soins de puériculture et des handicapés, le défaut d'hygiène. Il serait vain de lutter contre de grands fléaux comme la lèpre, le trachome, le sida, la tuberculose sans s'attaquer également à ces causes communes. Il est aussi utile de maintenir la santé d'une population que de s'attaquer aux maladies de ses membres. La Conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Alma-Ata (60) marque le début de l'ère de la science politique de la santé, caractérisée par une approche communautaire. Elle prend en compte les aspects mentaux, physiques, sociaux, économiques et politiques de la population. Dès lors, la santé ne concerne plus seulement les soignants, elle relève de la responsabilité commune de l'individu, de la collectivité et du gouvernement. Elle devient une question politique (61). L'interaction entre la santé et le développement socio-économique est un des éléments de la politique de sauvegarde des droits de l'homme (62). Elle pose le problème de l'équilibre entre les droits et les devoirs de l'individu et de l'Etat. Une illustration de la dialectique qui régit les rapports du médecin et de la société est apportée par les stages de travail en usine obligatoires pour les étudiants en médecine chinois en 1975 (63).

Dans les pays libéraux, l'intervention plus active de l'État en vue de rationaliser les soins pour en diminuer les coûts ne risque-t-elle pas de se traduire par des atteintes aux droits individuels ? L'exigence de liberté

individuelle dans le domaine de la santé ne saurait être sans aucune limite. Une étatisation poussée de la médecine rend plus difficile l'observance du secret médical, porte atteinte à la liberté du choix du médecin par le patient comme au libre choix du traitement par le médecin, donc porte atteinte à l'indépendance de l'acte médical. L'emprise accrue de l'Etat sur la pratique médicale favorise, dans les moments les plus tragiques de l'Histoire, l'effort de guerre et les fonctions de répression, voire de destruction comme ce fut le cas dans l'Allemagne nazie.

III.1.7. Le droit à la santé pour tous : une limitation du droit à la santé pour certains ?

III.1.7.1. Signification du droit à la santé

Le droit la santé correspond à l'ensemble des règles juridiques applicables aux actions permettant de maintenir ou de rétablir la santé.

De conquête récente, le droit à la santé est proclamé en 1946 par le préambule de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé : « *La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* ».

L'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme proclamée par l'Assemblée générale des Nations unies le 10 décembre 1948 reconnaît précisément ce droit en lui assignant sa finalité nécessaire : favoriser le développement de chaque personnalité dans le respect de son autodétermination. Il précise : « *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté* ». Ainsi, tout homme a droit à la santé.

Selon M. P. (entretien n°28) : « *La satisfaction de toutes les exigences que ce droit implique est extrêmement difficile à atteindre. Que représente ce droit défini de façon relative, éminemment variable d'une personne à l'autre et dans son évolution au cours du temps ? Ne s'agit-il pas d'un idéal proposé comme but ultime à l'action médicale, dont nous savons qu'il engendrera plus d'exigences et qu'il paraîtra plus lointain à chaque étape ?* »

Y a-t-il un degré dans la protection et le développement du bien-être physique, mental et social de l'homme qui puisse être considéré comme un droit imprescriptible ? Il importe de distinguer trois niveaux de protection en matière de santé, correspondant à trois catégories de droits :

- . la protection contre les risques extérieurs susceptibles de mettre en péril la santé, donnant lieu à une police sanitaire ;

- . la disponibilité de services de santé suffisants, qui implique l'organisation et l'accès aux soins médicaux ;

- . la sécurité et l'hygiène dans les activités professionnelles, relevant de la médecine du travail.

Le droit à la santé va bien au-delà d'un simple droit à des prestations médicales. Il incorpore et éventuellement transforme la portée des différents droits de l'homme :

- . le droit à la vie : c'est au nom du droit à la santé que la mère en danger peut avoir recours à l'avortement thérapeutique ;

- . le droit à l'assistance économique, et plus généralement le droit à l'insertion sociale ;

- . le droit à l'identité culturelle. Invoqué par les auteurs de mutilations sexuelles telles que l'infibulation ou la clitoridectomie, il ne peut être retenu en l'espèce car ces pratiques sont attentatoires à l'état de santé physique et psychique.

III.1.7.2. Portée du droit à la santé

Le droit à la santé a une portée individuelle et une portée sociale. Par

les facteurs qui la conditionnent ou qui la compromettent, par les moyens de la rétablir, la santé est un phénomène social. L'état sanitaire d'une population est un excellent marqueur de son niveau de développement (64).

III.1.7.2.1. Portée individuelle du droit à la santé

Le principe fondamental de la relation médecin-patient est la liberté sous couverture du secret, garantie par le consentement : liberté de choix du médecin par le patient, liberté de prescription pour le médecin, liberté du patient qui peut refuser tout ou partie des soins. Cette exigence de liberté du patient entraîne un devoir d'abstention du médecin dans les situations où il pourrait porter atteinte à sa vie, à sa dignité, à son intégrité physique, morale ou mentale.

III.1.7.2.2. Portée collective et sociale du droit à la santé

III.1.7.2.2.1. Le principe d'autodétermination

L'exigence d'égalité impose à l'Etat l'obligation d'agir au nom de tous

les citoyens, et dans l'intérêt de tous. Au nom de tous, l'Etat a le droit, sinon le devoir, d'imposer une « santé obligatoire » : isolement de personnes contagieuses, campagnes de vaccination, hospitalisation des personnes dangereuses. Dans l'intérêt de tous, il garantit le droit d'accès aux soins qui est un facteur d'intégration et de justice sociales. L'accessibilité aux soins est non seulement géographique et financière, mais encore culturelle et fonctionnelle : les méthodes techniques et gestionnaires utilisées sont nécessairement compatibles avec les caractéristiques culturelles de la communauté.

Par transposition des règles de la démocratie politique à la démocratie économique, la justice sociale implique un droit pour chaque membre de participer aux décisions et de les contrôler. Ce contrôle décisionnel assure un degré individuel d'autonomie concernant la santé. Chacun prend lui-même des initiatives, détermine ce qui peut être fait sans aide lorsque les circonstances s'y prêtent, et décide à quel moment il convient de rechercher une assistance extérieure, à quelles fins et auprès de qui. Elle conduit à poser le principe de la santé par la responsabilité, particulièrement adapté aux opérations de prévention. A l'échelon individuel comme à l'échelon des collectivités et des Etats, une part d'autodétermination est souhaitable dans le domaine de la santé.

III.1.7.2.2.2. Le respect de la personne, fondement du droit à la santé

Selon le Préambule de la Déclaration universelle des droits de l'homme, « *la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde* » (65). La santé de l'homme peut être gravement menacée par des atteintes à sa dignité, à son intégrité physique, mentale ou morale. Dans les circonstances nécessitant des soins primaires, il est indispensable de réaffirmer le principe de la santé par le respect de la personne (66), particulièrement adapté aux situations de détresse. Le respect de la personne est de portée infiniment plus vaste que le principe de responsabilité (67, 68), car il touche à la fois au respect de la vie et au coeur de l'humain.

III.1.7.2.3. Le droit à la santé se partage mais ne se divise pas

L'Organisation Mondiale de la Santé pose comme principe que le but social du droit à la santé est de répondre aux besoins essentiels de la population (69). La répartition convenable des ressources sanitaires s'avère

aussi importante que leur qualité et leur quantité. Parmi les ressources existantes, sont choisies celles qui permettent effectivement d'assurer les soins de santé essentiels. Le droit à la santé pour tous limite le droit à la santé pour certains. À l'extrême, certains patients risqueraient d'être privés de soins dans le cas où leur guérison est impossible. Doit-on assurer à grands frais des soins médicaux techniquement développés à une minorité pour répondre aux besoins essentiels de l'ensemble la population ? Les droits de l'homme, individuels et collectifs ne se partagent pas. Comme l'a proclamé en 1968 la conférence de Téhéran, ils sont indivisibles. C'est donc à la conscience du médecin d'arbitrer les choix thérapeutiques préventifs et curatifs en fonction de règles morales, éthiques et déontologiques.

III.2. Les droits de l'homme, phare d'une éthique médicale

La littérature scientifique médicale contemporaine témoigne des préoccupations éthiques de ses auteurs. À chaque découverte correspondent des incertitudes nouvelles, des devoirs nouveaux, des responsabilités sociales parfois vécues comme oppressantes et le jugement d'une société qui met en oeuvre son droit à la santé (70).

Comme l'écrit le doyen J. Graven (71) : « *En fonction de l'évolution de la société, des moeurs et des besoins, il importe d'élaborer les solutions*

législatives les plus équitables ou les moins contestables, et les plus concordantes si possible aussi : car s'il est un domaine qui n'a pas de frontières nationales étroites (...) c'est certainement celui de la communauté spirituelle qui, partout, a pour idéal et pour mission de soulager la misère et la souffrance, de donner et de maintenir la vie, de reculer les bornes de la mort (...) La mission médicale, de toute évidence, en même temps qu'elle dépasse le domaine de la législation nationale particulière, relève éminemment du domaine du droit international, déborde le simple cadre des réglementations internes ».

La solidarité internationale est nécessaire pour assurer l'élaboration et la mise en oeuvre de stratégies de santé. Le droit à la santé est relativisé par les possibilités matérielles que chaque État peut fournir et par le délai dans lequel il peut les mettre en oeuvre. Il en découle que le droit à la santé est partie intégrante du droit au développement, mais que c'est un droit relatif et progressif. Il doit satisfaire en priorité les besoins des personnes les plus défavorisées ou des groupes les plus vulnérables, tels les femmes et les enfants. L'article 25 du Pacte de la Société des Nations prévoyait déjà que ses membres « *s'efforceront de prendre des mesures d'ordre international pour prévenir et combattre les maladies* ». La Charte des Nations unies, dont l'idée maîtresse est l'affirmation du respect des droits de l'homme, pose le principe d'une solidarité devant l'agression comme devant la misère. Le préambule de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé situe

également le droit à la santé dans la perspective de la paix par la coopération. Le droit au développement est autant un droit de l'Etat sous-développé qui revendique l'instauration d'un nouvel ordre économique international plus équitable, qu'un droit de l'individu à obtenir la satisfaction des besoins économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et à l'épanouissement de sa personnalité. La promotion de la santé dépasse largement le cadre sanitaire : elle est liée au développement économique et social. Elle participe à la construction d'un lien social.

La médecine est la plus directement intéressée dans l'application des principes fondamentaux de la sauvegarde de valeurs humaines, donc dans le système des garanties internationales des droits de l'homme. Elle relie les disciplines du droit.

Cette évolution conduit à la nécessité de renforcer la protection internationale des droits de l'homme, en particulier ceux du médecin. Le médecin peut être protégé par des règles morales, éthique et déontologiques (72), moins temporelles que les normes juridiques. Mais ces règles peuvent varier, dans un monde écartelé entre des visions idéologiques et religieuses parfois fondamentalement opposées, déchiré par des intérêts contradictoires. Elles ne sont pas à l'abri des incursions politiques. Le serment médical soviétique, entériné en 1971 par le praesidium du Soviet suprême fait jurer le futur médecin « *de garder et de développer les traditions nobles de l'art*

médical de notre patrie et de (s')inspirer dans tous les actes, des principes de la morale communiste ; de (se) souvenir des hautes qualifications des médecins soviétiques et de (ses) responsabilités envers le peuple et le gouvernement soviétiques ». Ce texte ne reprend pas deux dispositions du serment de Genève adopté par l'Association médicale mondiale en 1948 : le médecin ne doit pas permettre «*que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre (son) devoir et (son) patient*». Ce serment souligne : «*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité » (73).*

Dans un monde caractérisé par la mobilité des personnes, des produits et des connaissances, l'effort visant à l'instauration de règles communes permet de préciser la conduite du médecin face à l'expérimentation ou à la torture. Du fait que le droit national est souvent en retard pour régir les situations nouvelles nées du progrès de la technique, une déontologie internationale s'impose. Le mode d'élaboration de règles internationales tend à reproduire le modèle interne selon lequel la règle déontologique est fixée par ceux auxquels elle s'applique. Il a un caractère juridiquement contraignant par la sanction de la loi ou du règlement.

III.3. Les conflits de valeurs nés de l'application des biotechnologies

III.3.1. Des valeurs bousculées par les biotechnologies

L'impuissance souvent reprochée au droit et aux principes déontologiques à l'égard de l'évolution de la médecine et de la biologie modernes ne résulte pas d'une imperfection ou d'une maladresse des juristes ni de leur incompréhension de cette réalité mouvante. Des initiatives législatives cohérentes et adaptées pourraient être proposées (74), mais sont obscurcies par le manque de clarté quant à l'orientation des futures découvertes. Les différences entre la personne et la chose sont bousculées par le statut du cadavre ; les différences entre l'homme et la femme sont atténuées par la reconnaissance de troubles de l'identité sexuelle ; la mort d'une personne physique n'est pas définie de façon univoque. Les biotechnologies jettent le trouble sur ces valeurs qui constituent le fondement du droit, servant de bases à de nouvelles constructions juridiques.

III.3.2. Le respect de la personne mis à l'épreuve des biotechnologies

Ce ne sont plus exclusivement des raisons médicales qui commandent le choix de telle ou telle définition, mais des critères se référant

à une conception concrète de la vie humaine (75), à la notion de personne, voire à des circonstances particulières ou à des intérêts déterminés. La médecine peut établir la réalité d'un état biologique déterminé, par exemple l'irréversibilité de l'arrêt des fonctions cérébrales. Mais elle ne peut répondre de façon autonome à la question de savoir si cet état signifie la fin de la personne en tant qu'entité de droit. De même, la question est posée de savoir si l'identité sexuelle résulte de critères purement somatiques ou bien si elle dépend de l'autodétermination de chaque personne, de son sentiment durable d'appartenance à un sexe donné. Cette question du transsexualisme fait intervenir le droit à l'intimité, le droit à la protection de la vie familiale, la Convention européenne sur la sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Avec la découverte progressive de la carte du génome humain, naît la difficulté que les informations génétiques concernent non seulement le sujet directement intéressé mais aussi toute sa lignée. La collecte de données génétiques sur la personne exige le respect de l'autonomie et de l'intimité d'autres personnes qui ne participent pas à l'examen et dont le secret des données génétiques risque d'être violé. Ceci est d'autant plus important que la portée de ces informations est extrêmement vaste : origine biologique, prédispositions pathologiques voire espérance de vie (76). Les dangers d'une utilisation détournée de ces informations sont préoccupants, faisant naître de puissants facteurs de discrimination aux conséquences multiples : altération de la qualité de la vie

privée et de la position sociale de l'individu (77), modification de sa carrière professionnelle ou de ses contrats d'assurance.

III.3.3. La position du droit à l'égard des biotechnologies : la recherche d'un consensus

III.3.3.1. L'application de principes généraux à une régulation spécifique

L'apparition de ces dilemmes suscite les réactions du droit à l'égard des réalisations de la médecine et de la biologie. Ces réactions utilisent une méthodologie par rapprochements successifs, selon une hiérarchie déterminée de valeurs et de principes (78). La primauté reconnue de la personne sur l'intérêt général ne permet pas de régler la problématique des intérêts opposés mais presque équivalents de patients placés sur une liste d'attente pour recevoir une thérapie coûteuse. Une approche juridique trop générale de cette question menacerait les droits fondamentaux de l'individu. Elle créerait un danger d'arbitraire par l'action de ceux qui sont appelés à lui donner une réponse définitive.

Le silence du droit provoquerait des réponses extrêmement variées, chaotiques, données par les instances qui appliquent le droit, en particulier par les tribunaux. Enfin, l'universalisation des standards de protection des

droits de l'homme dans l'espace juridique européen fait que le silence du droit, c'est-à-dire son refus de participer à un débat aussi important, serait impossible.

En de nombreux domaines, émerge la nécessité de passer des principes généraux à une régulation spécifique : nous citerons les expérimentations médicales, les transplantations d'organe. Dans le but de formuler des avis sur les dilemmes éthiques, sociaux et juridiques qui surgissent en relation avec le progrès des sciences médicales et biologiques, de nombreux pays européens ont institué des comités nationaux d'éthique. La France a formalisé l'influence du Comité consultatif national d'éthique en donnant force de loi à plusieurs de ses avis.

III.3.3.2. La mise en balance d'intérêts contradictoires aboutit à des concessions réciproques

La recherche de consensus est un élément de fonctionnement des mécanismes démocratiques, s'appuyant sur des concessions réciproques qui aboutissent à un compromis (79). C'est un mécanisme de régulation juridique basé sur l'art de mettre en balance les intérêts divergents et d'en chercher l'équilibre (80). Cette régulation procède d'une évaluation équilibrée d'attentes divergentes. Elle s'applique à des règles de conduite acceptables

par la société, non à des convictions morales ni au système de valeurs des individus.

Le consensus recherché par les comités nationaux d'éthique est discuté : mérite-t-il le sacrifice de valeurs morales, d'autant que l'ordre interne de ces valeurs ne peut être scientifiquement démontré ? Lorsqu'il est obtenu, le consensus met fin au conflit des valeurs, même s'il ne dépasse pas un niveau minimal. A l'inverse, l'absence de toute entente conduit à l'arbitraire et au chaos. Même en l'absence d'entente, un échange d'arguments mérite d'être tenté afin de clarifier le débat. Cet échange peut révéler des contradictions apparentes mais non réelles, faisant prendre conscience de la nature controversée des problèmes bioéthiques (81). Il permet d'établir une hiérarchie interne des principes et des valeurs. Il est cependant impossible de donner un caractère absolu à cette hiérarchie sous peine d'aboutir à des contradictions. Celles-ci peuvent émerger d'une lassitude devant l'inconciliable, d'une fragilité devant les groupes de pression. Ainsi, lors des expérimentations médicales sur l'homme, le principe de la liberté de la recherche scientifique entre en tension avec le principe du respect absolu de l'intégrité physique et psychique de chaque personne.

III.3.4. Le consensus ne garantit par la qualité des solutions

Le consensus conduit les sociétés à un niveau éthique minimal correspondant à leur plus petit commun dénominateur moral. Compte tenu des insuffisances législatives, les valeurs sont prises en considération pour fixer les orientations de l'interprétation du droit. Approuvée par la majorité comptable du Parlement au moment de son vote, la loi est le reflet d'une éthique majoritaire et pluraliste (82). Elle constitue une base de réflexion pour l'élaboration de nouveaux projets acceptables par tous (83). Des divergences apparaissent dans l'application du droit en vigueur, fabriquant une jurisprudence. La Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine confirme certains principes fondamentaux à défaut desquels il n'est pas possible de respecter, dans les applications de la biomédecine moderne, les valeurs qui comptent dans la culture européenne.

Chapitre IV :

LA QUESTION DE LA QUALITE DES SOINS

IV.1. L'aptitude à satisfaire les besoins de la personne malade

La qualité que le dictionnaire Larousse définit comme « *ce qui rend une chose bonne ou meilleure* » est ce qui caractérise un degré d'excellence, ce qui signe la valeur ou la perfection d'un être ou d'une chose. La norme industrielle ISO 8402 définit la qualité comme « *l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés ou implicites, et qui satisfont effectivement le consommateur de soins* ». L'OMS a publié en 1987 une définition de la qualité dans les établissements de santé qui ne mésestime pas la dimension éthique de l'acte médical : « *Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui leur assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la*

science médicale, au meilleur coût et pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ». Issue du monde de l'industrie, la démarche de qualité diffusée dans le champ de la santé, exprime la volonté de donner le meilleur de ses capacités (84). L'industrie est un secteur marchand : est de qualité ce qui donne satisfaction au client. Transposée au domaine de la santé, la démarche qualité rappelle utilement au soignant que le patient est une personne ayant des préférences et des avis (85). Cette visée éthique se heurte à certains facteurs d'incertitude.

IV.2. Quels facteurs d'incertitude conditionnent l'orientation clinique ?

Les actes médicaux se déroulent dans un monde d'incertitudes. Le patient n'est pas seulement un consommateur de soins exigeant : son contentement est loin de suffire à la qualité des soins. Il a son émotivité, un degré d'analyse de ses propres symptômes. Le médecin a son niveau de compétence professionnelle et son expérience, lui permettant de trier les symptômes entre le normal et le pathologique (86).

Soigne-t-on quand on traite ? (87) Cette question fait appel à des sociologues, des psychologues, des anthropologues, des médecins, des

paramédicaux, des économistes. Le soin et le traitement se situent dans une continuité. L'évolution actuelle de la médecine se caractérise par la technicisation qui doit avoir pour corollaire l'humanisation. Loin d'être un technicien neutre, inattentif à l'environnement, le médecin est en quête de donner un sens à son action. L'accompagnement est l'essence même de sa pratique, un engagement aux côtés du malade. Il ne peut se polariser sur la seule recherche de la guérison alors que ses moyens thérapeutiques sont parfois si limités et que certaines maladies relèvent d'un mal-être. Le soin implique la prise en compte de la représentation que le malade a de sa maladie, du sens qu'il lui donne, de la compréhension qu'il en cherche. Au-delà de la compassion, il s'agit de remettre le malade au centre du soin, sa personne, sa parole, sa volonté, son environnement social. Il s'agit de porter un regard aiguisé sur la fonction du soin.

Ces éléments constituent des facteurs d'incertitude dans l'analyse de la plainte du patient et de l'expression de ses symptômes, nonobstant le degré d'empathie et de confiance qu'ils ont l'un pour l'autre. Le malade est généralement en peine de porter un jugement avisé sur l'adéquation des actes à l'état des connaissances médicales, la sécurité des actes, leur opportunité, leur efficience. Pour lui, ce n'est pas nécessairement le résultat obtenu qui importe, mais celui attendu ou espéré. L'information tirée de banques de données informatisées est susceptible d'apporter des repères au patient. L'accès au dossier médical n'est pas suffisant. En un premier temps,

c'est la parole du médecin qui compte le plus, qui permet au malade d'encaisser le choc et de se préparer à lutter grâce à un programme précis de traitement et de surveillance. Ce dialogue obligatoire ne doit pas perturber le médecin. Dans une seconde étape, l'information aide à la prise de décisions éclairées entre médecin et malade. Le choix offert à un patient entre deux protocoles ayant le même intérêt thérapeutique ne diminue en rien la confiance envers le médecin. C'est la fin du modèle paternaliste où le médecin agissait comme pour son enfant.

Comme conclut A. C. (entretien n° 36) : « *Le patient veut savoir : le médecin doit désormais l'écouter, comme on le fait pour un enfant devenu adulte. Trop d'information tue l'information. Le patient attend moins d'être complètement rassuré, ce qui est souvent impossible, qu'assuré de ne pas être lâché. D'où l'importance de désigner un médecin référent assurant la continuité de l'échange d'information avec le patient. Ne rien dire en voulant protéger le patient, c'est vouloir se protéger soi-même* ». Le médecin doit veiller à ne pas contaminer ce qu'il sait par ce qu'il croit ni par ce qu'il craint qui va advenir. Il importe que l'ensemble des soignants tienne au patient un langage commun.

IV.3. La fin d'un exercice solitaire de la médecine

IV.3.1. Le nécessaire partage des connaissances

L'exercice médical individuel demeure satisfaisant pour résoudre des problèmes simples. Cet exercice devient nécessairement collectif lorsqu'il s'agit d'affronter des situations pathologiques complexes et prolongées, où le diagnostic et la thérapeutique requièrent l'intervention de plusieurs médecins. Le partage du savoir s'impose alors non seulement entre praticiens mais encore avec le patient. Celui-ci est soumis à l'épreuve d'une pathologie que les soignants vont aider à surmonter lors d'un parcours risqué à l'issue incertaine.

IV.3.2. L'intervention de tiers garants de la qualité des soins

Le médecin doit soigner ses malades comme il aimerait lui-même être soigné. Utiliserait-il pour lui-même ou pour ses proches les thérapeutiques qu'il ordonne ? Le « *comme soi-même* » de P. Ricoeur (88) s'applique à toutes les étapes de la chaîne pharmaceutique et médicale, à la fabrication, au contrôle, aussi bien qu'à la livraison et à l'administration de produits. Un point faible de la prise en charge se situe dans la continuité des soins c'est-

à-dire dans l'articulation des différents intervenants. À l'interface des acteurs de soins, on assiste souvent à une inflation d'examens, voire à la répétition d'examens similaires favorisée par le cloisonnement traditionnel des structures. Ce cloisonnement ne pousse guère les professionnels de santé à une écoute mutuelle, ni à l'échange d'informations, à la confrontation des compétences. « *Marquant la fin d'un exercice solitaire, l'émergence de réseaux de soins permet aux soignants, bénéficiant éventuellement de l'assistance de non-médecins dans des actions de prévention en amont, de réaliser en commun des ajustements* », souligne P. Z. (entretien n° 16). Ce changement dans les pratiques constitue une vraie révolution culturelle du monde médical, l'alternative à une logique de marché inflationniste promue par certaines industries biomédicales. La médecine ne peut se diviser entre des généralistes qui feraient de la sociologie médicale et une médecine scientifique qui se déroulerait exclusivement à l'hôpital.

Cette dissymétrie de l'information légitime l'intervention d'un tiers garant de la qualité des soins : l'Etat, l'organisme payeur, une agence d'accréditation des établissements ou des professionnels eux-mêmes, une association de pairs procédant à l'évaluation des pratiques. L'irruption de tiers vient bouleverser le colloque singulier auquel demeurent pourtant fondamentalement attachés médecin et patient.

IV.4. L'indispensable évaluation de la qualité des soins : apologie des normes

IV.4.1. L'élaboration des normes

Les normes sont des références ou des standards visant à définir la qualité, élaborées rétrospectivement au vue des résultats constatés, puis validées par la communauté scientifique. Celle-ci s'érige parfois en ingénieur du corps individuel et du corps social, aspirant à devenir la conseillère des comportements. Pour se prémunir de véhiculer une idéologie sanitaire, le système d'expertise doit garder pour impératif le consentement du malade. C'est en effet la personne la plus intéressée à la fois par la connaissance des risques encourus et par celle de la vérité en cas de survenue d'un risque (89). « *La complexité du dispositif est accrue par le fait que certains malades ont envie de ne pas savoir. L'accident thérapeutique naît plus souvent d'une indication mal posée ou d'une décision mal prise que d'un geste mal effectué* », déclare I. S. (entretien n° 25).

Même si des échelles de classement sont de plus en plus souvent utilisées, la pratique clinique est éloignée de la précision mathématique et la sémiologie médicale est essentiellement qualitative. La variabilité d'expression des pathologies et leur évolution parfois surprenante rendent complexes l'évaluation de la qualité des actes. Cette évaluation passe par la

codification de cas cliniques, l'utilisation de critères pronostiques, de conduites à tenir, de protocoles thérapeutiques obéissant à une rationalité médicale indiscutable. Une telle évaluation n'a de sens que si elle est suivie de mesures correctives. Les procédures de qualité mises en place dans un établissement de santé contribuent à l'adéquation entre les résultats obtenus et l'attente des patients. Mais le modèle industriel selon lequel on repère une erreur humaine ou un vice de fabrication à l'origine de la mauvaise qualité, ne s'applique pas uniformément à la santé : il y a pour certains actes médicaux un taux incompressible d'accidents sans faute. L'histoire du patient ne pouvant être posée en équations, le risque zéro n'existe pas.

IV.4.2. Le respect des normes

D'abord confinée à la recherche, la standardisation des procédures s'est étendue aux pratiques cliniques, apportant une plus grande transparence aux décisions en matière de santé publique. Cette rationalisation des pratiques marque une évolution dans l'histoire de la médecine. Pour le patient, la qualité des soins est assurée par les moyens mis en oeuvre -un professionnel bien formé, un plateau technique complet- et le respect de sa dignité -l'écoute, la relation-. Pour le citoyen, la qualité s'apprécie selon l'égalité d'accès aux soins et l'équité, le respect des

procédures. « *Pour l'assurance maladie, la qualité de soins vise à obtenir les soins les plus efficaces, le meilleur confort au moindre risque pour le patient et au meilleur coût pour la collectivité* », déclare L.V. (entretien n° 29). La méthodologie qu'elle propose est l'examen des pratiques collectives des professionnels : il s'agit de mesurer les écarts des comportements professionnels par rapport aux références ou aux standards. La principale difficulté est de trouver un consensus autour des bonnes pratiques : le travail en santé se fait sur l'humain, avec sa diversité et sa variabilité. L'analyse collective des pratiques permet de pointer des dysfonctionnements. Le niveau de preuve, la pertinence de l'information prennent en compte la variabilité du vivant.

IV.5. Cohérence de la décision médicale

Autant que l'écart par rapport à une norme, la cohérence ou l'incohérence apparente de la décision médicale par rapport à la situation clinique permet d'apprécier sa qualité. La qualité d'un acte médical ne se résume pas à celle des procédures techniques. Le déficit de communication peut disqualifier cet acte. Sur le plan technique, l'acte est évalué en fonction de ses conséquences, mais sur le plan éthique, cet acte est évalué en fonction de sa finalité. La qualité procède nécessairement de la compétence

du praticien, mais également de la pertinence de son acte, des fins que le patient peut en attendre.

Au total, les principes, les normes et les moyens mis en œuvre fondent la notion de qualité en médecine. Cette qualité ne s'évalue pas au mieux, mais au préférable : l'élaboration des normes en médecine est le fruit de négociations. Elle relève d'une éthique de la discussion.

Chapitre V :

SENS DE LA VIE ET MEDECINE : L'ILLUSION PERVERSE DE LA TECHNIQUE

V.1. L'expression de la souffrance : un appel à autrui

Au XVI^{ème} siècle, F. Bacon affirmait : « *la tâche du médecin est (...) non seulement de rendre la santé mais aussi d'adoucir souffrances et douleurs, non seulement quand cet adoucissement peut conduire à la guérison mais encore quand il peut aider à rendre le trépas doux et facile* » (90).

P. Ricoeur définit la souffrance morale comme « *un sentiment de limitation de soi par rapport à soi-même et aux autres* » (91). La souffrance ne se réduit pas à un organe douloureux. Elle entraîne des questionnements sur son sens et un appel au soulagement par l'intervention d'autrui. À lui seul, le terme de douleur ne met pas suffisamment en valeur cette dimension

d'appel. De plus en plus souvent évitable, la douleur est de moins en moins acceptée. Nous assistons à une dérive : le médecin confie à la technique le soin de le protéger d'une angoisse face au malade. Il délègue aux appareils et aux chiffres le soin de dire la vérité. La sélection scientifique et la sophistication des techniques médicales de pointe orientent de nombreux étudiants vers des créneaux étroits, de plus en plus spécialisés, où ils excellent. Spécialistes d'organes et souvent de parties d'organes, un nombre croissant de praticiens ne voit plus le malade, ou lui parle peu, ou communique avec lui par l'intermédiaire de leur machine (92). Ces médecins traitent souvent des malades atteints de pathologies lourdes, cancéreux, immunodéprimés ou vasculaires en quête d'écoute et de sensibilité. Pris en charge par un personnel médical et paramédical très spécialiste mais peu humaniste, le malade vit l'acte médical avec froideur et distanciation, comme une douloureuse épreuve, non seulement physique mais psychique (93).

Dans son rapport intitulé : « *Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie* » (94), le Comité consultatif national d'éthique des sciences de la vie et de la santé s'interroge sur certains revers de l'hospitalisation : « *Elle arrache à son environnement familial et humain une personne fragilisée qu'elle confie à des systèmes techniques souvent très perfectionnés, mais dont la logique même consiste à la traiter de façon objective. La technique se caractérise en effet par ses performances. Mais, face à la mort, quelle performance est-on*

en droit d'espérer ? (...) Les incontournables progrès de la médecine et de la technique et les fantasmes d'immortalité ont conduit bien souvent à déposséder la personne de sa mort ».

Plus la technologie est puissante, plus un humanisme est nécessaire dans la relation de soins, même si celle-ci est brève, non seulement dans l'intérêt du patient –souffre-douleur de la maladie- mais encore pour prévenir l'épuisement du soignant. La relation de soins se trouve améliorée par des techniques de communication et d'affirmation de soi simples, modélisées mais non factices car adaptables à la personnalité et au style de chacun, pragmatiques et non théoriques. Favoriser l'expression du patient afin de disposer du maximum d'informations sur sa demande, l'encourager dans la persévération de ses efforts, répondre aux messages positifs ou négatifs, poser des limites sans l'angoisser avec des silences excessifs, annoncer une nouvelle grave, vaincre les résistances à prendre un traitement, à faire un examen ou à entrer à l'hôpital sont autant d'exemples spécifiques de la relation professionnelle du soignant. « *La réticence sera plus souvent vaincue par la neutralité d'une position d'écoute que par l'assaut d'un flot d'arguments justificateurs. Au lieu d'une fermeture sur un savoir et un pouvoir, l'écoute pousse à l'inventivité* », souligne M. L. (entretien n° 22).

L'attention accordée aux désirs du patient est un mouvement d'alliance. Lorsque l'appel lancé par le patient est compris, sa souffrance s'en trouve apaisée. Cet apaisement est un mode de prévention des conflits

susceptibles de surgir avec les soignants. Il ne laisse plus guère de place à la judiciarisation de tels conflits.

V.2. La question du sens de l'autonomie de la personne

Entre paternalisme médical et autonomie du sujet, la libre disposition de son corps et de son destin pose la question centrale de la recherche d'un sens. Selon l'écrivain J. S. Mill, « *Chacun est le gardien naturel de sa propre santé aussi bien physique que mentale et spirituelle* » (95). Les choix thérapeutiques, imposés par une légitime recherche de la guérison de la personne malade et/ou souffrante obéissent à une logique sociale qui s'accommode difficilement avec certaines attentes individuelles (96). L'émergence de revendications isolées ou organisées traduit cet écart éthique face aux injonctions de fin de vie. Pour L.H. (entretien n° 23), « *L'autonomie traduit la quintessence de la condition humaine. Elle est un moyen d'élever la dignité de la personne dans ce qu'elle a de plus précieux : sa liberté. Or la permanence des contraintes extérieures contrarie cette quête autonome du sens. L'équilibre entre l'intérêt individuel et l'intérêt collectif subit ainsi de lourdes contraintes au nom d'un objectif de santé publique et de rationalité sociale* ». La question du sens de l'autonomie de la

personne ne peut se résumer à une problématique sociale à laquelle serait administré un traitement législatif (97). Bien que résultant de la volonté de parlementaires, l'institutionnalisation de ces enjeux ne constitue pas nécessairement un progrès. Les conditions de fin de vie ne se décrètent pas à l'unisson de consensus politiques ou de votes parlementaires. La dimension éminemment philosophique de la recherche du sens ne se réduit pas non plus aux seules réponses des professionnels de la santé. Nul ne saurait imposer au nom d'une démarche technique et de l'expérience acquise sa propre vision des réalités ni ses échelles de valeur personnelles sur des sujets de société où la question de l'autonomie de la personne est centrale : les soins en fin de vie, la réanimation néonatale, le refus de soins. Chacun appréhende ces réalités en référence à sa propre expérience, faisant l'impasse sur la richesse d'une confrontation pluridisciplinaire.

L'expérience traumatisante de la relation directe avec la mort et la souffrance des proches conduisent à vouloir privilégier la survie des personnes par des mesures simples et éventuellement contraignantes. Les prises de position de certaines instances - CCNE, parlement, ordres professionnels, associations - nourrissent le débat, façonnent des propositions. Une pédagogie des relations qui se nouent entre soignants et soignés doit émerger, en particulier une pédagogie du risque. A exposition égale, le niveau de conscience de la prise de risque est très variable d'une

personne à une autre. Le risque doit être accepté, consenti ou même choisi par la personne soignée en connaissance de cause, c'est-à-dire en fonction d'une échelle de risques.

Rapprocher les acteurs, développer et renforcer les enseignements en droit et en éthique médicale constituent des réponses pratiques. Ces projets à dimension communautaire, en anticipant les confrontations inutiles et en atténuant les conflits de conscience inévitables, servent les personnes et la collectivité.

V.3. Etre plus proche de l'autre : l'altérité

V.3.1. Contribution de l'anthropologie médicale à la santé publique

V.3.1.1. Accepter de remettre en cause ses propres valeurs culturelles

Confrontée à des patients de culture différente, la pratique médicale trouve son équilibre entre un ethnocentrisme latent et un « tout culturel » réducteur. Pour écouter les plaintes quelle que soit leur expression, pour comprendre les raisons de ces différences, le médecin ne peut faire l'impasse sur l'abord culturel de son patient (98). En s'appuyant sur sa

culture humaniste, le médecin acquiert le sens de l'altérité, c'est-à-dire tend à être plus proche de l'autre (99). Il devient un interlocuteur privilégié entre le migrant et la société. Il s'aide d'exposés d'ethnopsychologie et de cercles participatifs permettant d'appréhender la manière de vivre et de mourir des grands groupes de population. L'abord de la souffrance et de la mort dans les grandes religions, l'approche et le respect du sens du sacré permettent une meilleure compréhension de certains comportements : la notion de sacrifice (100) et d'immortalité de l'âme dans le monde chrétien, le fatalisme et la sérénité du musulman au seuil de la mort, la réalisation du nirvana des bouddhistes réintégrés dans ce principe lors de la disparition de leur corps, la « *divinisation de l'humain* » exprimée par L. Ferry (101).

Quel que soit son mode d'exercice, le médecin doit connaître ces éléments culturels pour mieux appréhender le ressenti du patient, aussi bien pour une unique consultation que lors du suivi d'une longue maladie. Quelle que soit sa discipline, le médecin doit être prêt à recevoir un message de son patient, prêt à l'aider par la sensibilité liée en partie à ses acquis culturels.

V.3.1.2. Etudier l'adéquation entre systèmes de santé et attentes des populations

Bien que centrée sur le local, le qualitatif, le symbolique, l'anthropologie n'est pas vouée à l'étude d'isolats culturels exotiques ou figés dans le passé. Son champ d'application sort de l'histoire au sens strict. Sa réflexion porte sur la dynamique des sociétés et exige une méthode rigoureuse caractérisée par une présence de longue durée sur le terrain et des relations étroites avec la population (102). Ces éléments méthodologiques sont nécessaires pour mettre au jour les pratiques thérapeutiques, les systèmes de représentation et d'interprétation de la maladie. Outre leur intérêt étiologique et épidémiologique, ils mettent en lumière les dysfonctionnements des systèmes de santé, la façon dont ils sont interprétés et ajustés localement. « *La dimension comparative de l'anthropologie médicale permet de relativiser notre propre système de santé marqué par le mondial, le quantitatif, le pragmatique : elle le replace comme un des systèmes possibles et non comme le référent universel.* », déclare J. M. (entretien n° 12).

L'anthropologie médicale ne permet pas de répondre directement à la question : « *Comment faire pour que tel projet aboutisse ?* », mais elle la reformule, en étudiant successivement les attentes des malades et celles des soignants, puis leur interprétation d'une logique de santé.

V.3.2. Intégrer les valeurs culturelles dans l'acceptation et le suivi thérapeutiques

La migration est un facteur déstabilisant : la rupture avec le cadre culturel originel entraîne des remaniements psychologiques d'adaptation. Le migrant est non seulement porteur d'un projet individuel mais encore de l'espoir collectif du groupe familial resté au pays. Il se doit de réussir. L'écoute de ces patients exprimant souvent de manière imagée et métaphorique leur souffrance est a priori déroutante. Devant leur perte d'identité culturelle, le médecin apparaît comme un interlocuteur privilégié de la société d'accueil. Si le patient cherche à être reconnu comme sujet d'une culture donnée et à être respecté dans cette identité, il veut également bénéficier des progrès de la médecine occidentale. Dans des pathologies comme le diabète ou l'hypertension artérielle où il y a contradiction entre une maladie non ressentie et un arsenal diagnostique et thérapeutique vécu comme agressif, la question du suivi thérapeutique relève du défi si elle n'intègre pas ces valeurs culturelles (103).

Le migrant est particulièrement sensible aux marques d'attention et de considération pour son identité culturelle et religieuse. Il est moins réceptif à l'enjeu que comporte certains examens de haute technicité pour

l'amélioration de son état de santé, parfois perçus comme magiques. Il se sent souvent peu concerné par leurs implications médico-légales, alors que celles-ci sont vécues comme périlleuses par le praticien.

V.3.3. L'élaboration du jugement est-elle comparable dans le domaine médical et dans le domaine judiciaire?

V.3.3.1. Application concrète d'un raisonnement normatif à une situation

P. Ricoeur établit « *un rapprochement qui devrait même conduire à un échange de modèle entre l'ordre judiciaire et l'ordre médical (...dans le) processus de prise de décision(...). Ce qui est commun aux deux régimes de jugement, c'est de placer un cas particulier sous une règle et ce cas particulier est, dans les deux cas, une personne* » (104). Dans la prise de décision du médecin comme dans celle du juge, le raisonnement découle d'un système de règles et se termine par leur application concrète en une situation touchant une ou plusieurs personnes.

Née d'un pacte de soins fondé sur la confiance, l'éthique médicale s'est progressivement dotée de normes déontologiques et de protocoles méthodologiques (105). Le patient prend conscience que le médecin peut et

veut sinon le guérir, du moins le soigner. C'est là le concept premier de sollicitude pour la souffrance, fondateur de l'acte médical. Pour sa part, le médecin compte sur le patient pour se conduire comme l'agent de son propre traitement. La prescription scelle leur alliance, qui obéit à des règles strictes : devoirs du médecin -confidentialité, prudence, obligation de porter secours à personne en danger-, droits du malade -information-, consentement éclairé. C'est dans cette acception que « *l'acte médical placé sous la norme de la déontologie est un acte juste* », selon P. Ricoeur (106).

Les avancées majeures de l'art médical sont dues au progrès des sciences biologiques et médicales, dont le moteur le plus direct est la curiosité de la recherche, non la sollicitude ni la compassion. Il existe un équilibre à trouver entre le savoir scientifique, le *savoir-dire* du recueil de consentement et le *savoir-faire* de l'action thérapeutique. L'art médical ne peut être considéré comme une simple technique d'application du savoir scientifique. La médecine prédictive, formidable instrument de prise de décision au service du clinicien, n'a pas pour vocation d'augmenter la pression de l'appareil scientifique sur l'appareil thérapeutique.

V.3.3.2. Les particularités du pacte de soins

La notion de pacte exprime la façon dont le pouvoir médical est ressenti par le patient : investissement d'une confiance mais aussi soupçon de défiance du fait d'une confusion entre l'obligation de soins et l'obligation de résultats. « *Le patient peut redouter un abus de ce pouvoir, un manque d'information, un excès de dépendance à l'égard du médecin. Le médecin peut redouter un excès de confiance qui pourrait se traduire à terme par une insatisfaction du patient, ou au contraire le non-respect de ses prescriptions* », déclare A. H. (entretien n° 43). Le consentement éclairé constitue une tentative pour le patient mais surtout pour le médecin de se prémunir contre l'échec et plus encore contre le reproche de l'échec.

V.3.3.3. Deux démarches parallèles : du soulagement de la souffrance à l'apaisement d'un conflit

Il existe une apparente opposition entre l'union du médecin et de son malade dans un même combat et la sentence du juge qui inflige une peine au coupable et répare le préjudice de la victime.

A l'issue de l'acte médical, la prise de décision vise au soulagement de la souffrance dans le respect de l'autonomie du patient. Cette exigence

d'autonomie repose sur la confiance inébranlable dans les capacités de chacun à déterminer pour lui-même et pour les siens, la meilleure voie d'épanouissement.

À l'issue de l'acte judiciaire, le juge tranche un litige ou apaise un conflit. Dans leur prise de décision respective, médecin et juge s'appuient sur le savoir et le savoir-faire. Pour le premier, il s'agit du savoir scientifique, des principes de déontologie médicale, de l'expérience professionnelle. Pour le second, le procès est soumis aux Codes, aux règles de procédure, à l'état de la jurisprudence. Dans le domaine médical comme dans le domaine judiciaire, il existe des facteurs modulant la prise de décision. D'un côté, la relation médecin-malade influe sur les prescriptions médicales et la conduite du traitement. De l'autre, le jugement peut osciller entre une généreuse indulgence et une répression catégorique selon la nature de l'infraction, les antécédents de la personne en cause, la teneur des débats, d'éventuelles circonstances atténuantes ou aggravantes. Ces éléments conditionnent non seulement la peine prononcée mais encore son exécution. Traduisant la dimension accordée à la responsabilité individuelle, la peine prononcée comporte trois aspects dissuasifs : sa prévisibilité, sa proportionnalité avec la gravité objective de l'acte, son effectivité c'est-à-dire le fait qu'elle puisse être subie en totalité.

Lorsque la visée dissuasive de la peine l'emporte sur son but de réinsertion, la volonté d'apaisement du conflit est plus difficilement

perceptible. Il importe de distinguer ce qui dépend de la justice seule et ce qui ne peut être corrigé par l'amélioration de son fonctionnement. Que peut le juge au fait que certaines lois paraissent au profane en nombre excessif, obscures, changeantes, voire contradictoires ? Que peut-il contre l'inexécution d'une décision de justice, lorsque parfois l'exécutif ne veut pas accorder le concours de la force publique bien que la formule exécutoire lui en fasse obligation ? Comparé au pouvoir politique, il manque au pouvoir judiciaire le sceau du suffrage universel. La démocratie postule l'indépendance de l'autorité judiciaire, au service des libertés et des droits de l'homme.

V.3.3.4. Un espace d'argumentation et d'interprétation commun à la médecine et à la justice

L'argumentation correspond à un raisonnement logique, déductif ou inductif. L'interprétation est plus novatrice, créative, originale : elle donne un sens. P. Ricoeur décrit le processus judiciaire de prise de décision comme une « *complexe dialectique du jugement* » (107). Cette complexité procède de la multitude des intervenants, des contraintes qu'impose le scrupuleux respect des règles de droit portant sur le fond et sur la forme. Connaître la

règle est plus facile que l'appliquer à un cas concret. Kant distingue le jugement déterminant, fondé essentiellement sur la règle, du jugement réfléchissant dont l'argumentation s'appuie plus sur le cas concret que sur la règle (108). Chaque partie au procès tient un rôle précis, livrant au juge du siège sa propre interprétation des faits. Le juge décide sous quelle forme la loi est applicable en l'espèce : le jugement correspond à la confrontation d'un cas unique à un ensemble de règles.

Dans le domaine médical, les descriptions clinique et paraclinique sont également essentielles. De ce tableau, découlent les hypothèses diagnostiques et leur classement probabiliste. Le médecin interprète les symptômes présentés par le patient avant de décider sous quelle acception ils correspondent à son savoir scientifique. Cette prise de décision offre donc d'importantes similitudes avec la prise de décision judiciaire. Une décision médicale « bonne » est une décision médicale « juste ». Des règles médicales et des règles juridiques communes sont portées dans les deux domaines au rang de principes déontologiques : la confidentialité élevée au niveau du secret, la juste distance maintenue avec les parties, le droit à la vérité. Le fait d'enfreindre une de ces règles est lui-même générateur de procès.

V.3.3.5. De l'apaisement d'un conflit au rétablissement d'un lien social

Le point de départ d'une procédure judiciaire est un conflit. Un avis médical éclaire souvent les débats, tant en ce qui concerne la personnalité d'un agresseur que l'évaluation d'éventuelles séquelles d'une victime. Une question médicale plus vaste porte sur la finalité de la peine. Est-ce seulement d'apaiser les tensions, de maintenir l'ordre public, de soulager la victime, de réparer ses préjudices, de prévenir la récidive ? Ce serait oublier le rôle potentiellement rédempteur de l'accomplissement de cette peine : l'intégration sociale du condamné ayant purgé sa peine passe par le rétablissement de la plénitude de ses droits. Un encadrement psychologique et social et un soutien économique sont d'autant plus nécessaires lors du retour progressif à la liberté que les liens familiaux souvent antérieurement fragiles sont distendus par la durée de la détention, qu'il existait auparavant une sociopathie ou des troubles psychiatriques. La procédure judiciaire et la politique de santé publique peuvent fonctionner de manière synergique. Le Procureur de la République n'est pas tenu d'exercer des poursuites dans tous les cas où il pourrait le faire. Il existe une synergie entre l'action du juge et celle du médecin. Une politique de santé publique visant à restituer à la personne son intégrité physique et psychique et la plénitude de ses droits sociaux (109) est complémentaire de la mise en oeuvre d'une autorité judiciaire à visée répressive et dissuasive.

Chapitre VI :**ETHIQUE, DEONTOLOGIE ET RESPONSABILITE MEDICALE****VI.1. Evolution des règles déontologiques**

Les dispositions réglementaires régissant l'exercice de la profession médicale sont regroupées dans le Code de déontologie. Tenant compte des conditions de la pratique médicale qui elle-même dépend des moeurs de la société, ces règles exigent un niveau de connaissance juridique minimal. Non immuables, elles nécessitent des mises à jour périodiques, afin de s'adapter à l'évolution de la pratique médicale. Depuis le premier Code de déontologie médicale publié en 1947, trois nouvelles versions ont suivi, éditées en 1955, 1979 puis le 6 septembre 1995. La dignité de la personne qui ne figurait dans le Code de 1979 qu'à l'article 35 est signalée dès l'article 2 du Code de 1995. Dans cette dernière version, les « *malades* » ont été

remplacés par les « *patients* », signifiant que le médecin voit de plus en plus de personnes qui ne sont ni des malades ni des blessés mais des sujets en bonne santé pour des actes de prévention, des certificats d'aptitude, etc. Le médecin n'est plus seulement celui qui soigne : il examine, il écoute, il conseille. Il est attentif à éviter tout acharnement thérapeutique déraisonnable pour soulager et accompagner les personnes en fin de vie et leur famille. Au fil des progrès scientifiques et techniques, sa compétence s'affirme. L'évolution de la société, en particulier la reconnaissance de la dignité et de la primauté de la personne, l'éloigne de plus en plus d'un paternalisme médical tacite. Ce paternalisme était autrefois imposé par les praticiens, subi par les malades, accepté voire réclamé par une société érigeant les médecins en uniques décideurs. La primauté de la personne, terme qui figure dans la loi du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain (110) implique plus qu'auparavant « *une information loyale, claire et appropriée* » pour autant que le patient le souhaite et qu'il puisse en tirer avantage pour exprimer son consentement. Moins l'acte s'avère vital pour la santé ou la survie du patient, plus l'information livrée doit être précise et étendue. Il n'y a pas la vérité objective et statistique du médecin d'une part et la vérité subjective et personnelle du malade de l'autre. Le discours du patient est par essence empreint de subjectivité. Celui du médecin, s'appuyant le plus souvent sur des réalités expérimentales ou statistiques, est plus rationnel.

VI.2. Amélioration de la protection des droits des malades

« *Il existe un écart entre les droits théoriques du patient et l'exercice de ces droits. Plus le praticien marque de considération envers son patient, plus cet écart est faible* », déclare F.A. (entretien n° 25). Une amélioration de l'exercice des droits existants est à mettre en œuvre, plus que la création de nouveaux droits. La diminution de l'asymétrie d'information entre soignant et soigné est une condition nécessaire à l'amélioration de la relation basée sur l'écoute et le dialogue. L'exigence qu'a le patient d'être informé ne s'exprime pas en opposition, en confrontation avec les professionnels de santé. Une absence de réponse à ce besoin pourrait transformer la relation médecin-malade, la déplaçant de la confiance vers la défiance. L'amélioration de la communication d'une information multiple, souvent complexe, parfois contradictoire au patient est assortie à son éducation. C'est un enjeu considérable (111), facilité en milieu hospitalier par le respect de la charte du malade hospitalisé (112).

VI.3. Devoir d'information et autonomie de la personne

Selon M. L. (entretien n° 31) : « *La transmission de l'information est un partage au cours duquel le médecin se pose moins la question du : « Faut-il*

dire ? » que celle du : « Comment dire ? » ». Ni la légitimation sociale ni l'expérience acquise ne prémunissent le médecin contre les mécanismes de projection, contre ce mouvement qui, face à l'embarras, aspire à l'écarter. Dire la vérité à un patient dont il se sent parfois si proche, c'est accepter avec altérité l'angoisse que cette scène suscite, mais également se défaire de ce qui est trop difficile à porter. Ne pas dire la vérité, ou la dire si peu, serait fuir la confrontation, se protéger d'une rencontre, et non courageusement garder pour soi l'angoisse qui y est liée. Dans certains moments d'évolution de la maladie, l'ambition d'efficacité de l'action médicale conduit à aborder avec le patient non plus seulement le rapport à la vérité mais la question des valeurs qui fait référence à l'imaginaire, aux désirs et même à l'illusion. Cette question permet de repérer les signes d'une souffrance, et ainsi l'expression de la subjectivité du patient, c'est-à-dire ce qu'il fait, sait et dit de sa maladie, ce qu'il veut ou peut en entendre, la vérité qu'il s'en est construite. Pour certains patients, le médecin sera utile au mieux en parlant de la mort. Pour d'autres, le bénéfice du moindre doute laissera à leurs pensées un peu d'espace pour exister, et relancera leur autonomie fragilisée par la maladie, par la prise en charge médicale et par l'information elle-même.

VI.4. De la volonté de savoir à la légitimation du droit de savoir

VI.4.1. La volonté de savoir : une évolution de la relation médecin-malade

Au cours de l'enquête « Parcours de femmes » menée par la SOFRES entre novembre 1993 et mai 1995 à l'initiative de la Ligue Nationale Contre le Cancer et du Laboratoire Bristol-Myers Squibb, 2874 femmes atteintes d'un cancer du sein, de l'utérus ou ovarien ont été interrogées. Plus la patiente est jeune, active et urbaine, plus elle veut être tenue au courant des décisions thérapeutiques. Un tiers des femmes interrogées souhaitent même participer activement aux choix qui les concernent. Seulement 6 % des patientes déclarent s'en remettre entièrement à leur médecin.

A l'orée du XXI^e siècle, le patient devient critique, presque impatient : il veut participer aux soins. Désormais, le savoir médical se partage. Le déséquilibre de pouvoir entre le soignant et le soigné diminue alors que se maintient l'intimité de leur relation. En quête d'autonomie, le malade veut accroître son savoir et se prendre en charge (113). À l'instar de l'enseignant avec l'élève, le médecin est dans une relation asymétrique avec un patient par définition fragilisé par sa maladie. Mais le médecin n'est plus seul détenteur du savoir, et son pouvoir n'est plus indiscutable. Ce savoir peut être recherché grâce à des serveurs informatiques, ce qui modifie

profondément l'ordre établi. Le médecin reste cependant le garant de l'interprétation des connaissances médicales actuelles. Une grande part de la confiance du patient est fondée sur cette garantie.

« Il est naturel qu'une personne désire connaître le diagnostic proposé et les comptes rendus des examens paramédicaux qui la concerne. Mais ne serait-il pas dangereux de livrer des résultats bruts à un malade qui n'a ni les clés de l'interprétation ni la culture médicale pour les évaluer et les comprendre ? », déclare V. L. (entretien n° 18). Seuls le dialogue et l'explication patiente des résultats d'examens paracliniques peuvent venir à bout de l'anxiété de nombreux malades. Le libre accès à l'observation hospitalière ou à la fiche de consultation paraît également déstabilisateur pour ces personnes vulnérables car elles contiennent les doutes, les hypothèses intuitives et déductives des médecins. Nombre de patients ne pourraient supporter ni même comprendre les évocations diagnostiques, les évaluations pronostiques, les hésitations thérapeutiques. Cette intimité du raisonnement médical ne peut être livrée crue au patient. Elle demande interprétation et modulation apportées par un médecin choisi par le patient. De longues années d'apprentissage du savoir et d'expérience clinique sont nécessaires pour créer un tel filtre dans la transmission de l'information (114). Ce filtre n'est pas mensonge, mais adaptation et mise à la portée du profane de ce qui concerne directement et intimement sa vie, sa maladie, son avenir. Le praticien référent, plus proche du malade, doit être détenteur

de tous ces résultats qui ont besoin du code de la culture médicale pour être traduits. Le Code de déontologie médicale prévoit que le médecin peut et doit dans certains cas ne pas tout dévoiler (115). Il existe une dichotomie entre la conception du devoir d'information adoptée par la jurisprudence et celle du Code de déontologie médicale. La notion de risques peut apparaître ésotérique pour un patient néophyte dans l'art médical. Trop d'information tue l'information : le patient peut opposer qu'il n'a pas compris le sens et la portée de cette information trop volumineuse ou trop technique. Il peut aussi refuser péremptoirement un acte médical nécessaire pour lequel le médecin aurait loyalement exposé tous les risques. La traduction dans le vocabulaire courant d'un résultat biologique comporte toujours un risque de trahison. N'étant en général pleinement compréhensible que par des spécialistes, ce résultat doit être dépouillé de son caractère ésotérique pour devenir accessible, ce qui pose des difficultés de présentation et de commentaire. Le patient a droit à la vérité sur sa santé. Lui donner en pâture des chiffres, des mots, des phrases peut générer angoisse ou terreur. Leur interprétation n'est cohérente qu'avec les références d'un long apprentissage médical et la clé culturelle qui leur donne leur justesse : le libre accès au dossier médical n'est qu'une étape du droit de savoir du patient.

La transparence impliquerait un effort constant des scientifiques pour présenter leurs travaux comme un ensemble de questions et de doutes, dans le cadre limité et provisoire où ils s'inscrivent, plutôt que comme des

certitudes et des réponses dogmatiques. En parallèle, une meilleure transmission de l'information nécessite un effort de la part de chaque individu, aidé par les médias. La généralisation ou l'extrapolation de l'information véhiculée est affectée d'un coefficient d'incertitude parfois élevé, de surcroît difficile à mesurer.

VI.4.2. La légitimation du droit de savoir

Le patient demande en toute légitimité à comprendre, à participer et à être informé quasiment en temps réel de son état. Il ne se remet plus en toute confiance au savoir et aux décisions du praticien. De cette volonté d'implication dans les choix thérapeutiques, dérive parfois un consumérisme médical exacerbé. Cette volonté a plusieurs sources : le fait que le savoir soit désormais à la disposition de tous, la multiplicité des sources d'information, le besoin insatiable du patient de s'informer, mais aussi les erreurs médicales et les scandales liés au monde de la santé. La jurisprudence éprouve des difficultés à concilier certaines préoccupations à première vue contradictoires comme une intervention médicale urgente et la nécessaire information du patient. L'obligation faite aux médecins de respecter la volonté du malade trouve sa limite dans l'obligation conforme à la finalité même de son activité de protéger la santé, c'est-à-dire en dernier ressort, la vie elle-

même de l'individu (116). Le médecin ne peut non plus s'abstenir d'intervenir auprès d'une personne en danger, fusse contre la volonté de celle-ci. Il peut se trouver pris en étau entre son devoir initial et un imbroglio juridique, lorsque la jurisprudence n'est pas encore totalement stabilisée.

Le respect de la personne n'a pas les mêmes implications pour un scientifique et un médecin que pour un religieux et un philosophe. Le secret médical, institué dans l'intérêt des patients, reste fondamental pour protéger leur intimité, d'autant que, pour la majorité d'entre eux, ces patients n'ont pas les moyens, seuls, de défendre leur droit au secret médical. Dans leur intérêt comme dans celui de l'ordre public, la discrétion permet de « *ne partager avec d'autres acteurs de soins que le nécessaire, le pertinent et le suffisant* » (117). Personnellement responsable de ses actes, le médecin doit, pour assumer cette responsabilité, bénéficier de toute l'indépendance possible.

Chapitre VII :**LE DANGER DE CERTAINES DERIVES****VII.1. Le corporatisme médical en contradiction avec les valeurs humanistes**

Ecrasés par une sujétion professionnelle les rendant peu disponibles, insuffisamment engagés dans une réflexion sur la signification de leur exercice, certains professionnels de santé ont une défense étroite de leurs intérêts plutôt qu'une vision vaste des problèmes de la société. Les soignants sont des passerelles d'accès aux problèmes sociaux. Le dialogue personnel du médecin avec son patient n'est pas un obstacle à une vision plus vaste. Dépourvue d'objectivité, la vue corporatiste est susceptible de fausser l'analyse des situations conflictuelles. En pleine militance, elle est utilisée comme outil de bouleversement social, abusant de la mission médicale hors

d'un mandat confié par le peuple, seul dépositaire d'une légitimité.

Il a fallu plusieurs années après l'instauration de la loi hospitalière de 1991 et après les ordonnances de 1996 avant que les praticiens n'admettent que le dynamisme de l'hôpital repose sur le projet médical élaboré en commun, que la notion même de projet est une démarche favorisant les initiatives, que ces initiatives doivent être élaborées à partir des besoins de santé de la population et non à partir de l'offre de soins.

Comme l'affirme A. Comte-Sponville, pourfendant les caprices d'un certain corporatisme : « *La médecine est au service de la santé, non la santé au service des médecins* » (118). L'exigence de qualité implique le regroupement des plateaux techniques, permettant également de répondre à la pénurie de praticiens et d'instaurer un repos de sécurité. Freiner un tel regroupement afin de défendre des intérêts individuels ou partisans nuit au développement d'une politique harmonieuse de santé publique, en faussant le dialogue et le sens de la responsabilité des différents acteurs (119). Ces regroupements constituent parfois un négoce ostensible de la clientèle, jouant sur le clavier de l'humanisme et du sacerdoce en feuilletant la partition du profit.

La médecine déplore son envahissement par le droit de la consommation et par le droit des affaires qui dépersonnalisent la relation soignante en y insinuant la suspicion. Il existe une exigence des usagers à

l'égard des soignants, une demande de réponse immédiate. Les valeurs traditionnelles dans le rapport aux soins s'estompent au profit d'un comportement consumériste exigeant, d'une non acceptation de la mort caractéristique de notre société euthanophobe. Le soignant n'a pas le temps d'inscrire la mort de ses patients dans la pratique, et elle est alors vécue comme un échec parfois insupportable.

VII.2. L'acculturation médicale : des consommateurs de soins plus en quête de sensationnel que de santé publique

Pour une part, la culture médicale contemporaine prend ses sources dans l'hygiénisme pasteurien. A la fin du XIXème siècle, l'hygiène sociale s'imposait de manière autoritaire aux populations. Depuis la seconde moitié du XXe siècle, la santé publique s'adresse à des individus de plus en plus soucieux d'être acteurs de leur propre destin. Parallèlement, les progrès thérapeutiques ont opéré un changement qualitatif dans la prise en charge des patients. Le nombre croissant de malades chroniques transforme leur entourage en auxiliaires médicaux, rendant nécessaire le partage du savoir médical et entraînant un intérêt accru pour ce champ de la connaissance.

Les médias de santé destinés au grand public sont le reflet de l'intérêt et de l'acculturation médicale. Leur discours de prévention s'adresse à chacun comme s'il pouvait être son propre thérapeute, supposant que

chacun puisse être en mesure de comprendre et d'appliquer de tels principes avec bonheur. L'*Homo medicus* organise sa vie en fonction d'une culture médicale dominée par une perspective scientifique de la santé, non pas en fonction d'une philosophie ou d'une religion. Les péchés capitaux y ont été remplacés par des interdits médicaux fustigeant la sédentarité, les drogues licites et illicites, les écarts à une orthodoxie diététique. Cette vulgarisation du savoir médical influence la consommation de soins. En quête de sensationnel, elle a pour moteur des préoccupations d'audience ou de diffusion plus que des objectifs de santé publique ou de responsabilisation des patients. Elle donne parfois l'illusion de l'érudition. Démagogue, elle manque parfois de rigueur dans l'information. Cette information contraste avec celle délivrée par les auteurs scientifiques qui offrent avec maîtrise le fruit de leurs travaux à leurs pairs, ne s'exprimant strictement que sur des thèmes qu'ils ont étudiés.

Encensant ou diabolisant les professionnels de la santé, l'information du grand public s'accorde mal avec la démarche clinique qui constitue l'intimité du raisonnement médical. Cette démarche clinique comporte des hypothèses diagnostiques, des hésitations thérapeutiques, des évaluations pronostiques. Lorsqu'elle est étrangère à la culture scientifique, la vulgarisation du savoir médical, n'a pas pour préoccupation essentielle de faciliter l'articulation de l'information avec le colloque singulier médecin-patient.

VII.3. L'éclatement disciplinaire et la santé publique éparpillée

VII.3.1. L'éclatement disciplinaire

Les succès de la médecine engendrent une vaste zone d'incertitude et de négociations en relation avec la nécessaire distribution de crédits en fonction de l'offre et de la demande de soins. Ces incertitudes ne sont vaincues qu'au prix d'une évaluation rigoureuse par les professionnels eux-mêmes. Les modes d'évaluation privilégient la norme au dépens du nouveau, de l'inconnu, du déviant. Puissants facteurs d'homogénéisation des décisions, les normes pourraient devenir un obstacle à la création, une menace pour l'aventure et le plaisir que doivent rester la recherche et l'innovation, formidables éloges de la diversité.

« Les acteurs de la médecine vivent dans la certitude qu'elle a besoin de preuves pour exister (based evidence medicine). Or tous ces appareils entraînent une perte d'âme et de responsabilité. L'appel systématique à la technique démontre un manque de discernement basé sur le fait que si je ne demande pas tel examen, on pourra peut-être me le reprocher », déclare L. B. (entretien n° 21). La responsabilité médicale nécessite parfois de se montrer capable de résister à un environnement technique envahissant en comptant d'avantage sur sa propre expérience clinique. En refusant de

prescrire un examen qu'il estime inutile, le médecin redonne sa place à la clinique, trouve la confiance de son patient et allège le budget de la santé.

VII.3.2. La santé publique éparpillée

VII.3.2.1. Une tradition hygiéniste relevant de la police sanitaire

Au XVII^{ème} siècle, la politique sociale de l'Ancien Régime est soumise aux contraintes divergentes du devoir de charité et du maintien de l'ordre. Elle pose la question de l'hôpital en des termes nouveaux. Alors que de nouvelles sensibilités religieuses pourfendent l'oisiveté, des humanistes s'élèvent contre l'injustice de la pauvreté et contre son caractère insupportable. Avec la création des hôpitaux généraux à partir de 1656, l'hospitalité fait l'objet de l'intervention de la puissance publique, Etat et municipalités : elle devient un service public. Elle relaie des institutions d'assistance hospitalière auparavant gérées par l'Eglise. Le cas de laïcisation le plus connu est celui de l'Hôtel-Dieu de Paris, dont la gestion est retirée aux chanoines dès 1505 et remise à une commission de huit bourgeois. Ce service public se porte au secours des oisifs vivant d'aumône, des « gueux », des vagabonds, des marginaux regroupant « insensés », « vénériens » et « incurables ». Prônant en 1630 l'enfermement des

mendiants et des vagabonds arrêtés par la maréchaussée, la doctrine officielle de la Contre-Réforme n'est pas appliquée, faute de moyens financiers et policiers. En 1770, à la veille de la Révolution, coexistent de petits établissements qui conservent une organisation et des formes d'assistance traditionnelles et de grands établissements, dont les hôpitaux-Dieu (120).

La planification, l'administration et la gestion actuelles des services de santé sont issues de la démarche des hygiénistes de la seconde partie du XIXe siècle. L'Etat pratique alors une politique de santé publique axée sur la lutte contre les maladies infectieuses : déclaration des maladies à caractère épidémique, dépistage de la tuberculose, vaccinations. Le ministère de la Santé est de création relativement récente, en 1920, par regroupement de services du ministère chargé du Commerce et du ministère de l'Intérieur. L'hygiène publique relevait auparavant de la police sanitaire. Ceci illustre la faiblesse institutionnelle, politique et culturelle de la santé publique en France, comparée notamment à celle des pays anglo-saxons.

VII.3.2.2. Vers une réconciliation de la santé publique et de la société : la recherche collective de solutions

En France, c'est seulement depuis le début des années 1960 que la politique sanitaire met en œuvre une approche systémique et

populationnelle. Auparavant, la santé publique apparaissait comme un ensemble de méthodes et de disciplines académiques, théoriques et non pratiques. Les textes les plus importants de la dernière décennie –loi hospitalière du 31 juillet 1991, ordonnances Juppé du 24 avril 1996, loi portant création de la Couverture médicale universelle, lois de financement de la Sécurité sociale, lois sur la sécurité sanitaire, loi du 4 mars 2002- portent témoignage de la prise en compte des principes de la santé publique. Les ordonnances du 24 avril 1996 intègrent le concept de santé communautaire, bien au-delà de la santé publique, en instaurant la présence d'un représentant des usagers siégeant avec voix délibérative au sein des conseils d'administration des hôpitaux.

VII.4. La médecine dans le prétoire

Comme le souligne C. Esper (121), le droit envahit le domaine de la responsabilité médicale. Il ne revient pas aux juridictions pénales de gérer les problèmes de santé publique. « *L'instauration d'un compromis entre soignant et soigné ne serait-elle pas plus fraternelle et plus réparatrice que la judiciarisation d'un conflit se perdant dans les méandres d'interminables procédures laissant souvent un sentiment d'inachevé ?* », s'interroge V. L.

(entretien n° 18). Cette réflexion pose la question de l'envahissement par le droit du domaine de la responsabilité médicale et souligne l'intérêt de méthodes alternatives aux procédures judiciaires. A travers certains jugements, les juridictions confisquent la vérité scientifique en affirmant ce qui aurait dû être fait, sans proposer une autre solution que ce devoir. Elles se constituent en impératif catégorique (122), recherchant systématiquement devant un accident thérapeutique la non exécution d'obligations ou la commission de fautes par le médecin. Par l'effet de la jurisprudence, ces décisions judiciaires s'imposent comme une vérité aux cas similaires soulevés ultérieurement. Ce mécanisme octroie non démocratiquement aux juges une quasi-position de législateurs. Les procédures de médiation, notamment entre un établissement hospitalier et un patient ou ses ayants-droits, constituent un frein à la judiciarisation. Elles permettent d'apaiser des familles et d'éviter un certain nombre de dépôts de plaintes.

VII.5. Emergence d'une médecine défensive

VII.5.1. Le cas du dépistage anténatal des malformations

La banalisation des techniques développe paradoxalement la mise en cause des praticiens. La situation de la médecine prénatale illustre les

dérives issues de la crainte de sanctions judiciaires.

Fin décembre 2000, la Cour de cassation dispose à travers l'arrêt Perruche que la naissance d'un enfant avec un handicap lourd est due à la méconnaissance d'une rubéole anténatale par un gynécologue-obstétricien et par un biologiste. En établissant un lien de causalité entre le handicap du jeune homme et la faute de ses médecins, elle reconnaît la naissance d'un enfant handicapé comme un préjudice, déclenchant une controverse. En premier lieu, les parents de handicapés ont fait part de leurs craintes de dérives eugénistes, tout en admettant les souffrances et les coûts considérables liés à la perte d'autonomie de leur enfant. En second lieu, les obstétriciens ont redouté la recherche systématique de leur responsabilité après la naissance d'enfant handicapé, avec pour corollaire la majoration de leur prime d'assurance professionnelle. Vingt-cinq ans de travaux sur le dépistage anténatal des malformations se trouvaient obérées, en l'absence de perfectionnement technologique et d'amélioration de la formation des praticiens. En se fondant sur l'arrêt Perruche, la famille d'un handicapé pouvait engager une procédure judiciaire contre le médecin qui lui avait imposé la naissance d'un être vivant posant des problèmes sociaux ou affectifs, voire de dépendance financière. Le 10 janvier 2002, le parlement interdit de considérer comme un préjudice le fait d'être en vie, mettant un terme à la jurisprudence issue de l'affaire Perruche. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (123)

octroie aux patients un droit à la réparation par la solidarité nationale des préjudices subis du fait d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale, à partir d'un seuil de gravité qui reste à déterminer par décret. L'assurance de responsabilité civile devient obligatoire pour les professionnels de santé qui ne sont désormais responsables que de leur faute, sauf exception. Ajouté par les parlementaires, un titre de cette loi encadre les actions en responsabilité en présence d'une faute médicale en rapport avec la naissance d'un enfant atteint d'un handicap.

Survenant dans un domaine complexe où la technique est faillible, l'arrêt Perruche était susceptible d'entraîner le défaussement d'obstétriciens et de spécialistes en imagerie à l'égard de leur responsabilité diagnostique, faisant émerger une médecine défensive.

Une position éthique réaliste serait d'harmoniser les responsabilités en conciliant d'une part la légitime demande de solidarité et d'assistance des parents et d'autre part les limites de la méthode et des opérateurs. Les moyens suivants peuvent être mis en oeuvre :

- l'évaluation de la compétence des praticiens sans exclusion ni élitisme ;
- un enseignement universitaire bénéficiant de l'expérience des plus compétents ;

- un enseignement post-universitaire s'appuyant sur une forme de compagnonnage.

En l'absence de conciliation entre les intérêts des parents et ceux des opérateurs, la tentation est grande pour ces derniers d'adopter une pratique défensive susceptible d'altérer la qualité des soins. Certaines dérives constitutives d'un abandon thérapeutique seraient alors susceptibles de se produire : dérives abortives, diagnostic anténatal devenant l'apanage des parents les plus fortunés, handicap vécu comme insupportable par les proches. La moindre anomalie, même incertaine, peut donner lieu à des comptes-rendus apocalyptiques favorisant de multiples décisions d'avortement, jusqu'à la survenue de procès pour avortement d'un fœtus se révélant normal lors de l'extraction. Le diagnostic anténatal devenant l'apanage des parents les plus fortunés conduirait à l'abandon désastreux du dépistage anténatal chez de nombreuses femmes à risque.

VII.5.2. Risques liés à la pratique d'une médecine défensive

La responsabilité, selon P. Ricoeur, implique « *le soucis de la fragilité* » (124). La quotidienne écoute de la plainte du sujet implique le médecin dans la protection de la personne. « *Du fait de la menace procédurière, l'erreur médicale n'est plus permise. Sous couvert de*

prudence, la recherche et la pratique médicales risquent de se voir freinées par la crainte anticipatrice de procédures judiciaires. Une complication même rare et sans la moindre faute peut être placée sous la responsabilité du praticien. Il est à craindre dorénavant qu'un certain nombre de décisions thérapeutiques aillent dans le sens de l'abandon des malades à risque, en application d'un principe de précaution judiciaire », déclare I. S. (entretien n°26). De ces préoccupations indemnitaires découlent les conséquences suivantes. Les relations de confiance entre malades et médecins se détériorent, entraînant la multiplication des contentieux. Certains acteurs de santé publique tentent de transférer au corps médical les responsabilités relevant de leurs compétences, en le plaçant devant des choix difficiles. Les investigations multipliées par certains prescripteurs dans le souci de garantir leur éventuelle mise en responsabilité pourraient à terme constituer un parapluie aussi inutile que coûteux. Certaines disciplines comportant un très haut niveau de responsabilité, autrement dit à haut risque médico-légal, connaissent la désaffection des jeunes médecins : l'anesthésie, la chirurgie, la gynécologie-obstétrique, à un degré moindre la radiologie du fait de la radiologie interventionnelle et de l'échographie obstétricale. Le coût de l'assurance professionnelle de ces praticiens augmente considérablement depuis 2000. Un désengagement des pathologies lourdes de la part de praticiens chevronnés raisonnant à travers le prisme d'une menace judiciaire serait de nature à freiner le progrès scientifique médical.

VII.5.3. Le poids de l'économie sur la décision médicale

Il existe un lien entre la pratique d'une médecine défensive et le poids de l'économie sur la décision médicale. A la différence de la communauté médicale, les sociétés d'assurance n'ont pas pour vocation la protection de la dignité de la personne. Elles agissent dans une finalité économique et commerciale. Selon cette logique implacable, l'évolution mortelle d'une pathologie grave présente un coût financier inférieur à celui d'une tentative de guérison avec risque de séquelles. Cette considération permet de mesurer les dangers que ferait peser une primauté trop forte de l'économie sur les décisions médicales.

Les études pharmacoéconomiques ont pour objectifs de décrire le marché pharmaceutique et d'en prévoir l'évolution. Elles analysent les pratiques médicales à partir des volumes de prescription de produits pharmaceutiques. Selon un principe d'équité, les études pharmaco-économiques permettent d'attribuer une juste valeur au médicament. Selon un principe de bienfaisance, elles visent à évaluer la part de la prise en charge médicamenteuse dans l'amélioration globale de l'état de santé de la population. Mais ces études, en dehors de toute considération éthique, visent également à infléchir le comportement de prescription des praticiens qui y

participent et celui des praticiens qui en prennent connaissance. Les groupes pharmaceutiques adaptent les volumes de leurs produits à la demande, mais tentent également d'infléchir le comportement des prescripteurs et des consommateurs en modifiant la gamme des produits proposés.

Chapitre VIII :**LA PRUDENCE ERIGEE EN IMPERATIF CATEGORIQUE****VIII.1. Principe de précaution : un comportement de prudence systématique, parfois aveugle****VIII.1.1. Les vertus d'une prudence systématique : envisager voire anticiper l'imprévisible**

En France, la loi du 2 janvier 1995 (loi Barnier) relative à l'environnement pose le principe de précaution « *selon lequel l'absence de certitudes, compte-tenu des connaissances scientifiques et techniques du moment, ne doit pas retarder l'adoption de mesures effectives et proportionnées visant à prévenir un risque de dommages graves et irréversibles à l'environnement* » .

La précaution répond au probable, à l'impondérable, à l'absence de preuve de risques potentiels. Ce concept de responsabilité était conçu à l'origine dans une finalité de protection de l'environnement. Il a été étendu au domaine de la sécurité sanitaire, et plus largement à celui de la santé, par le Conseil d'Etat à partir de 1998. Le rapport du Conseil d'État intitulé : « *Valeurs et limites du principe de précaution* » (125) précise : « *La mise en oeuvre du principe de précaution est le nouveau standard de comportement des responsables de la politique de santé, mais non de l'exercice de la médecine où il déséquilibrerait le rapport actuel entre le risque et la faute. (...) Il ne suffit pas (au décideur) de conformer sa conduite à la prise en compte de risques connus. Il doit apporter la preuve, compte-tenu de l'état actuel de la science, de l'absence de risque* ».

Dans son rapport du 13 décembre 2000 intitulé : « *La médecine et le principe de précaution* », l'Académie nationale de médecine souligne que le principe de précaution ne peut être appliqué immédiatement au domaine médical. « *La précaution a débordé de son lit d'origine, l'écologie, pour inonder tous les secteurs à risque* ». Elle recommande que la valeur et les limites de ce concept tiennent compte de la spécificité du domaine médical. Elle qualifie d'imprudente son application immédiate. Céder à la tentation du principe de précaution pourrait avoir des conséquences hautement dommageables, notamment la remise en cause de la méthodologie de la prise de décision qui repose avant tout sur la prise en compte de données

avérées (126). Il faut éviter la pondération excessive de données subjectives par rapport aux données objectives ou l'influence sur le décideur d'une menace de responsabilité rétrospective à effet paralysant. Même en l'absence de mesures de précaution prises par les autorités de l'Etat, le décideur reste naturellement lié à l'obligation de sécurité : il est tenu de prendre des mesures normatives, effectives et proportionnées aux dommages prévisibles. Il est donc soumis à une série d'obligations de prudence et de prévention, de réduction de risque que sanctionnent les droits de la responsabilité civile et pénale au titre de la négligence, de l'imprudence, de la mise en danger délibérée d'autrui.

VIII.1.2. Emoussement du lien entre connaissance et décision

Le principe de précaution s'applique à toute personne qui a le pouvoir de déclencher ou d'arrêter une activité susceptible de présenter un risque pour autrui (127). Il faut distinguer d'une part les exigences supérieures de précaution qui sont une prérogative de l'État, et d'autre part le devoir de prévention lié à ce qu'un décideur peut et doit connaître. Cette distinction permet une application qui garantisse à la fois un haut niveau de sécurité pour le patient et le climat de sécurité juridique que le décideur est en droit d'attendre. « *La transparence impliquerait un effort constant des scientifiques*

pour présenter leurs travaux comme un ensemble de questions et de doutes dans le cadre limité et provisoire où ils s'inscrivent, plutôt que comme des certitudes et des réponses dogmatiques. Avec les impératifs de célérité qu'elle recouvre, la vulgarisation d'un résultat de recherche en termes journalistiques comporte un risque de trahison : chacun doit prendre conscience que la généralisation ou l'extrapolation de travaux scientifiques est affecté d'un coefficient d'incertitude très difficilement mesurable et parfois très grand », déclare F.B. (entretien n°17). L'adoption par les pouvoirs publics de mesures radicales pour contrer d'éventuelles conséquences dommageables facilite la transparence de l'information délivrée à la population, sans heurter sa sensibilité ni déclencher de réactions de panique collective.

En voyant qu'est mis en oeuvre tout ce qui peut être fait, l'opinion publique est rassurée. Cependant, détournant le principe de précaution, le décideur pourrait être amené à prendre non pas la décision ayant la plus grande probabilité d'aller dans le sens du bien public, mais celle le mettant à l'abri de procédure ultérieure. Le lien entre connaissance et décision serait alors rompu. Cette rupture risquerait de faire négliger des actions utiles sous le prétexte qu'elles déplaisent à certains groupes de pression, au profit de mesures plus contestables sur le plan scientifique mais plus populaires.

VIII.1.3. Les dangers d'une prudence aveugle

D'essence souverainiste, le principe de précaution fonctionne comme une clause de sauvegarde permettant à un Etat de se délier de ses engagements internationaux dès lors qu'il doit affronter un risque politique à motif sanitaire. Dans cette situation, l'administration utilise ses pouvoirs de police pour limiter l'activité du décideur. Les responsabilités pénale et civile de celui-ci restent entières. C'est souvent un défaut d'évaluation entraînant la mésestimation ou la surestimation du risque qui conduit à appliquer le principe de précaution de manière aveugle, en dépit de la relativité des normes. Une attitude de non décision, équivalent à une abstention, serait préjudiciable voire dangereuse si elle s'appliquait dans la pratique médicale quotidienne.

Le principe de précaution est antinomique avec les principes fondateurs de la santé publique : celle-ci promeut la prévention et non la précaution, l'approche systémique et non une approche par produit, la réflexion préalable bénéfices-risques et coûts-bénéfices et non une normalisation coûteuse. Frôlant parfois le délire sécuritaire, l'application sans discernement du principe de précaution contraste avec le faible investissement en faveur de la lutte contre les inégalités sociales de santé, détournant le regard des réalités embarrassantes de la grande précarité. Plus renchérit le coût des soins par des précautions mal ciblées donc en

partie illusoire, plus sont détournés du social les fonds susceptibles d'améliorer la santé des plus démunis. La santé publique ne peut se fonder dans la sécurité sanitaire. Une idéologie sécuritaire serait susceptible de paralyser des décisions médicales comportant un risque diagnostique ou thérapeutique. La prévention ne vaut-elle pas mille précautions ? Anticiper la survenue d'une maladie plutôt que de l'attendre permet d'avoir un nouveau regard sur le patient.

VIII.1.4. Une dérive scientiste

Le risque, reconnu mais souvent mal accepté, est inhérent à l'exercice de la médecine. Alors que la prévention prend en compte de manière rationnelle un risque connu, fut-il de fréquence très faible, le principe de précaution fait émerger la notion de risques encore inconnus, qui, s'ils se réalisaient, pourraient engager la responsabilité du médecin. Il pourrait ne plus suffire au médecin d'établir qu'il a conformé sa conduite à la prise en compte des risques connus avec le précepte de d'abord ne pas nuire (*Primum non nocere*). Il devrait apporter la preuve de l'absence de risque, selon le rapport du Conseil d'État (128). Prendre en compte les risques de l'incertain est une incitation à l'abstention. Il serait imposé au médecin non seulement de prévoir l'imprévisible, mais encore de connaître l'inconnu. Un

tel excès de précaution mène à une abstention fautive. Cette quête de l'impossible, si elle se trouvait érigée en principe général de droit, paralyserait l'acte médical, car celui-ci ne peut garantir le risque nul.

Ainsi interprétée, la peur d'un risque mal défini ou mal évalué et qu'on ne peut annuler conduirait de manière irrationnelle à une dérive scientiste freinant le progrès. Il s'avère nécessaire de reconnaître les limites d'une connaissance absolue du risque qui aboutirait à une société totalement sécurisée et aseptisée. La mise en doute d'une infaillibilité scientifique et la recherche systématique du responsable l'emporteraient alors sur l'initiative, l'audace créatrice, la foi en l'avenir et dans le progrès, c'est-à-dire sur la prise de risque.

VIII.1.5. Précautions de langage

Le praticien est confronté à des précautions de langage visant à ne pas affoler inutilement le patient qui pourrait bénéficier avec un risque raisonnable d'une investigation complémentaire ou d'un traitement. Exercice d'équilibriste théoriquement difficile à tenir, mais que l'expérience professionnelle et un dialogue humaniste entre le médecin et son patient permettent de réaliser au quotidien. Ce dialogue permet la transmission de l'information médicale au patient puis le recueil de son consentement éclairé.

VIII.2. Principe de vigilance : la prudence tempérée par la raison

A l'inverse du principe de précaution, le principe de vigilance est fondé sur le rationnel, le calcul des risques d'une technique non totalement maîtrisée, l'élaboration de systèmes de surveillance permettant de faire face à un événement dès sa survenue. La recherche nécessite une définition précise des responsabilités du promoteur et des investigateurs, la coordination des expérimentations et la transparence des travaux (129). Elle construit l'avenir, alors que le freinage brutal des expérimentations marquerait un arrêt de l'histoire voire un retour au passé dans le domaine concerné.

Le principe de vigilance s'exerce en amont d'une situation au risque avéré ou inconnu. Il prend en compte le plus grand nombre de paramètres techniques, sociologiques, environnementaux, comportementaux et psychologiques. Il repose sur l'analyse critique d'une réponse proportionnée à un événement. Cette réponse comporte elle-même un danger potentiel. Contrairement au principe précédent, la vigilance fuit les effets d'annonce. Elle ne se décrète pas : elle construit humblement la sécurité sanitaire, pas à pas, au fur et à mesure qu'elle lève les incertitudes, avec imagination, opiniâtreté et tolérance. Elle ne repose pas sur un engagement financier. Chacun peut s'approprier ce projet de sécurité sanitaire. Il en devient alors l'acteur, et n'est plus simple spectateur de sa propre vie sociale.

Chapitre IX :**CONCILIER DROIT DE LA SANTE ET DROIT A LA SANTE**

Dans l'intérêt de la personne et dans celui de la société, le droit de la santé codifie les droits et les obligations en matière de santé publique à partir des valeurs de dignité de la personne, d'équité, de liberté et de solidarité (130).

IX.1. L'équité

La question de l'accès à des soins nécessaires de qualité illustre combien il est difficile de passer de l'égalité à l'équité (131). Nous sommes davantage capables de concevoir des solutions à des situations induites par des changements survenus dans le domaine technique que de nous adapter à des changements dans nos manières de raisonner.

IX.2. La liberté du choix des priorités

« *Au croisement de la médecine et de la société, les déterminants majeurs des états de santé sont politiques, non juridiques et relèvent du respect des hommes par les hommes* », souligne R. S. (entretien n° 34) . L'État qui définit et met en oeuvre la politique de santé publique recherche un juste équilibre entre deux objectifs prioritaires : promouvoir et protéger la santé du public d'une part, promouvoir et protéger les droits de la personne et de la dignité humaine d'autre part. Agir en santé publique, c'est mettre en oeuvre des actions durables de prévention, gérer avec professionnalisme les urgences et les crises. C'est surtout savoir décider à l'aune d'une éthique collective et d'un respect fondamental de l'autonomie de la personne. Le respect de l'autonomie de la personne implique une reconnaissance de ses capacités à comprendre et à décider par elle-même et pour elle-même. Selon Jonathan Mann, « *pour réconcilier la santé publique et la société (...) les droits de la personne offrent (...) un cadre, un vocabulaire et un guide (...) plus utiles que n'importe quel cadre hérité de la tradition biomédicale ou de santé publique passée* » (132).

Le professionnel ne peut plus prendre de décision seul : il a à révéler et à transmettre à tous ce qu'il sait et à prendre en compte ce que les autres savent (133). Il défend ses choix en affrontant le débat contradictoire dans et

hors du cocon professionnel du pouvoir, souvent dominé par des considérants financiers au détriment des besoins de santé. Ce débat dépassionné devrait être fondé sur une description aussi objective que possible de la réalité, apportée par des études méthodologiquement rigoureuses.

Un dilemme de la justice en santé se pose à propos de la révolution économique en médecine. Les soins médicaux prennent une part croissante des ressources sociales. Les médecins évaluent les coûts de leurs décisions afin de faciliter la maîtrise des dépenses de santé. Mais peuvent-ils se passer du principe selon lequel ils sont au service exclusif du patient, s'abstenir d'être l'avocat du patient pour devenir les gardiens des coûts de la santé ? La pression d'avoir à contenir les coûts pourrait privilégier l'égoïsme sur l'altruisme.

Le pouvoir médical, quelque soit son échelon, ne se justifie que par l'exercice de la responsabilité dans le respect inconditionnel de la personne du malade. Le risque majeur d'un pouvoir médical qui refuserait d'affronter tout débat est l'irresponsabilité qui consisterait à tromper l'opinion ou à cacher une partie de ce qu'il sait.

IX.3. La solidarité

Le développement coûteux des techniques disponibles pour l'exercice de la médecine représente un défi pour la solidarité. La multiplication des assistances médicales à la procréation, l'élargissement des indications de greffe d'organes offrent de merveilleuses perspectives pour ceux qui en bénéficient. Mais elles réduisent les moyens pour le plus grand nombre, tenu de se montrer solidaire.

L'écart qui sépare la médecine de performance d'une médecine quotidienne va croissant. Les questions éthiques posées par cette médecine de pointe pourraient masquer les problèmes quotidiens. Perçus par certains patients comme des produits de consommation, les soins médicaux suscitent chez eux des désirs individuels très poussés. Le besoin de solidarité dépasse alors le registre du droit moral et de la revendication.

Chapitre X :**LA MONTEE EN CHARGE DE LA SECURITE SANITAIRE,
RUPTURE AVEC L'ILLUSION D'UNE MEDECINE OMNISCIENTE**

Afin que les forces économiques, les groupes de pression, les idéologies dominantes ne conditionnent pas la politique en matière de santé publique, les structures chargées d'épauler les autorités sanitaires ont été multipliées : Agence du sang, Agence du médicament, Etablissement français des greffes, Réseau national de santé publique, Agence française de sécurité sanitaire des aliments placée sous l'autorité conjointe des ministères de la Santé, de l'Agriculture et de la Consommation, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (134), Office de protection contre les rayonnements ionisants (135). Dans son rapport du 25 novembre 1999 intitulé « *Les lois de bioéthique cinq ans après* », le Conseil d'Etat préconisait la création d'une Agence française de la médecine de la

reproduction, à la poursuite d'un compromis entre la protection de l'embryon et les perspectives thérapeutiques qu'offre la recherche sur l'embryon.

Ces structures sont conçues pour traiter le plus en amont possible les incidents sanitaires. Elles visent non seulement à protéger les consommateurs, mais encore à prévenir les crises de confiance qui peuvent avoir des répercussions économiques et commerciales majeures.

Cette montée en charge de la sécurité sanitaire consacre l'avènement de la santé publique. L'éparpillement de telles structures n'est pas un gage d'efficacité ni le signe tangible d'une priorité d'action. De taille réduite, ont-elles l'indépendance nécessaire à leur fonction de contrôle, par rapport aux intérêts économiques des groupements professionnels concernés ? Les groupes de pression professionnels privilégient les solutions technologiques sophistiquées et coûteuses - équipements, tests biologiques - pour résoudre une difficulté concernant les actions sur les déterminants. Certains préconisent la création d'un véritable « *Center of Disease Control* » français dirigé par des scientifiques coupant le cordon ombilical avec les pouvoirs économiques et politiques. Paradoxalement, aujourd'hui, le risque en matière de sécurité sanitaire tient moins à l'absence de structures qu'à leur multiplication. Le discours politique sur la priorité accordée à la prévention manifeste plus d'ardeur que la détermination à mettre en œuvre des actions de contrôle susceptibles de porter atteinte à des intérêts économiques.

Chapitre XI :

**L'IRRUPTION DE LA SANTE PUBLIQUE HORS DU CHAMP
CONFIDENTIEL DE LA RELATION DUELLE : UNE DEMARCHE
CITOYENNE**

**XI.1. Mise en oeuvre d'une stratégie d'éducation et de formation des
citoyens en matière de santé**

« La santé publique, faisant irruption hors du champ confidentiel de la relation duelle, vient depuis longtemps interroger le fonctionnement de la cité des hommes dans ses fonctionnements sociaux, économiques, éducatifs et plus globalement philosophiques, pour ne pas dire idéologiques » écrit A. Lazarus (136).

En France, seules quelques unités de l'INSERM et du CNRS se sont investies dans l'enseignement et la recherche en éducation pour la santé.

Cette tradition est peu développée. Un effort d'éducation et de formation pourrait permettre à un public citoyen et responsable d'exiger plus de rationalité et de transparence dans les choix supposés faits dans le sens de son intérêt bien compris. L'opinion publique accepte de moins en moins d'être tenue pour irresponsable et incapable de comprendre les conséquences de ce qu'on lui propose pour sa santé. Elle refuse cette déresponsabilisation et met à l'épreuve les capacités pédagogiques et d'accompagnement du médecin.

En l'absence d'un effort de pédagogie, le devoir d'information qui s'impose au médecin à l'égard du patient perd de son efficacité. Le Code de déontologie médicale énonce que le malade peut dans son intérêt « *être tenu dans l'ignorance du diagnostic* » (137). Il ne peut être reproché à un médecin qui aurait tout mis en oeuvre pour informer son patient de ne pas l'avoir convaincu de la gravité d'un risque. « *Jouant un rôle de plus en plus actif dans les choix thérapeutiques le concernant, le patient a autant besoin d'égards et de regard que de piqûres et de pilules. Une certaine forme de guérison sociale, de laquelle naît le bien-être individuel, est à ce prix* », déclare M.L. (entretien n°22). L'écoute et le respect de l'autre sont de puissants moteurs du dévouement et de l'accomplissement professionnel du soignant.

XI.2. Vers un rééquilibrage du couple médecin-patient

XI.2.1. Le patient, partenaire dans la prise de décision

Une information positive, c'est-à-dire complète, objective et réaliste, permet au patient de comprendre et de hiérarchiser les conditions de réalisation des traitements proposés, de connaître les désagréments auxquels il s'expose le cas échéant. Une décision du Conseil d'État rendue le 5 janvier 2000 tente de rééquilibrer la domination du médecin dans sa relation avec le malade : elle oblige le médecin à informer son patient des risques de décès ou d'invalidité inhérents à une mesure thérapeutique, même si leur survenue est exceptionnelle.

XI.2.2. Un choix de priorités négociées : des objectifs thérapeutiques partagés

Le médecin n'est plus seulement l'avocat du patient face à la maladie. Il est le dépositaire d'un savoir. L'un de ses rôles est la transmission de ce savoir au patient, dans la sécurité et la sérénité. Il lui donne les moyens de s'auto-surveiller grâce à la connaissance de signaux d'alerte et planifie avec lui des objectifs à atteindre et des séquences pédagogiques dont le rythme

d'apprentissage est propre à l'aptitude physique et psychique et à la motivation de chaque patient. Ce travail d'accompagnement s'appuie sur des techniques pédagogiques spécifiques, pratiquées en groupe ou de manière individuelle, en médecine ambulatoire ou bien lors d'hospitalisation, avec éventuelle implication du conjoint et de l'entourage. Elles ont été développées dans des programmes d'éducation pluridisciplinaire. La planification repose sur un choix de priorités négociées entre le patient et le soignant. Une telle négociation impose une prise de risques pour les deux partenaires (138) : il faut trouver un compromis entre les priorités médicales à accorder à chaque objectif selon son degré d'urgence et l'importance que le patient leur donne. Il est vain de forcer l'éducation comme d'imposer la thérapeutique. Le médecin trouve la bonne mesure entre une attitude faussement rassurante et un discours alarmiste inadapté. Le patient fonde son choix sur un faisceau d'éléments subjectifs : sentiment de compétence personnelle en cas d'automédication, image sociale, importance de l'entourage, importance relative de facteurs de risque comme cause de la situation. Une perception d'un facteur de risque trop fortement chargée d'émotions négatives peut conduire au déni, donc au refus de la prise en charge.

Il ne suffit pas que les priorités soient clairement reconnues : encore faut-il qu'elles soient accessibles et que le patient aménage de nouvelles habitudes dans sa vie quotidienne. Certains patients ne peuvent mettre en

application des comportements individuels de santé qu'en présence de conditions de vie favorables, avec parfois des décisions socio-économiques à la clé. Il est plus facile de prendre un comprimé que de s'impliquer dans un profond changement d'hygiène de vie. La phase d'évaluation des résultats de cette prise en charge permet d'attribuer aux efforts du patient l'amélioration de l'état physique, la réduction de symptômes gênants ou la normalisation de résultats biologiques. C'est une aide pour soutenir sa motivation.

XI.2.3. Redonner du sens au soin

Afin de ne pas sombrer dans une pratique routinière, le sens de l'altérité est essentiel à travers deux éléments : le respect et l'acceptation de l'autre, théorisés par E. Lévinas (139). Un effort de remise en question du soignant renforce sa motivation et permet l'approfondissement des objectifs. Le patient réagit en fonction de sa propre expérience de la maladie, non en fonction de la réalité de la maladie telle que le soignant l'appréhende. Face à un comportement qu'il ne comprend pas, par exemple de la part d'un patient atteint de déficit cognitif, le soignant est démuni. S'il n'accepte pas l'autre dans ses différences, il tend lui-même à adopter un comportement négatif. Le désintérêt du soin entraîne la limitation à des actes techniques, à des attitudes de non respect de la personne, voire de violence. De l'étude de sa

propre façon d'agir émerge un enrichissement personnel, des possibilités de relation à l'autre insoupçonnées. Au-delà de l'aspect psychologique émotionnel, la dimension philosophique du soin (140) dévoile un travail important d'acceptation de soi pour pouvoir accepter l'autre, mis en lumière par P. Ricoeur dans l'ouvrage qu'il a consacré à E. Lévinas (141).

XI.2.4. La relation médecin-malade : une prise de conscience par chacun des attentes de l'autre

Il n'existe pas de soins sans risque. L'énoncé trop détaillé de risques iatrogènes serait susceptible de créer des situations irréalistes, irréalisables et anxiogènes. Tel malade serait dissuadé de se soumettre à des examens ou à des soins qui le sauveraient (142), tel autre serait soumis à une plus forte anxiété pouvant rompre son équilibre psychologique et compromettre ses chances de guérison, alors que tant de malades feignent d'acquiescer aux explications simplement pour ne point paraître ignorants.

Le véritable risque est moins un dommage non indemnisé qu'une médecine qui refuserait d'entreprendre ce qui est nécessaire par crainte de recours en responsabilité. Tel chirurgien serait dissuadé de proposer un acte présentant des risques susceptibles d'être incompris par un patient irascible, lui ôtant alors une chance de guérison. Certains chirurgiens esthétiques ont

choisi de se mettre judiciairement à couvert en filmant l'entretien qu'ils ont avec leurs patients. Cet alibi formaliste vise à se prémunir d'un recours en responsabilité. Il ne constitue pas une démarche active ni positive d'information du patient. Il peut être apprécié fort négativement par les tribunaux dès lors que le souci de protection du praticien l'emporte ostensiblement sur le devoir d'information du patient. Le patient peut refuser d'être informé, sous réserve que la démarche du praticien et la réponse du patient soient effectives. Les nombreuses hypothèses et incertitudes dont découle la décision thérapeutique doivent-elles également être partagées avec le patient ? L'information au malade devra-t-elle bientôt inclure des hypothèses qui renvoient au questionnement inhérent à la recherche dans le domaine concerné ? La réponse est d'ordre humaniste : le droit, promeut le respect de la personne et ne légitime pas des interrogations déraisonnables.

Ce serait une terrible tentation pour le médecin de se décharger de ses responsabilités par le déni et la banalisation de la spécificité de son acte à travers une relation trop transversale, mettant à nu le malade devant sa pathologie et les différentes stratégies thérapeutiques sans le conseiller de manière attentive ni rechercher son adhésion, sans relativiser toutes les informations collectées sur des sites informatiques peu scrupuleux ou dans d'autres médias. La rédaction manuelle par le patient d'un texte peut-être maladroit mais sincère n'a-t-elle pas plus de sens, dans certains cas, que la

signature apposée hâtivement au bas d'un document formel rédigé par une société savante ?

Fragilisé dans son esprit et dans son corps, le patient est-il en mesure de prendre une décision sereine et objective en fonction des informations directes et inconditionnelles qui lui sont livrées ? Pour l'imaginer, il faudrait ne jamais avoir été malade. La relation médecin-malade dépend non seulement de l'état de santé du malade et de l'appréciation qu'en a le médecin, mais encore de la personnalité et de l'état psychologique des deux partenaires. Comme toute profession très technique, la médecine éprouve des difficultés à s'expliquer aux profanes. La relation de confiance entre le malade et le médecin est forcément complexe, ne pouvant être décrétée ou régie par des réglementations définitives : lors de ce colloque singulier, une transaction s'opère entre deux personnes, entre deux consciences. En demeurant la base de l'art médical, la relation duelle entre le médecin et son patient ne peut que s'enrichir de la prise de conscience par chacun des attentes de l'autre pour définir ensemble des objectifs thérapeutiques partagés.

XI.2.5. Aider le patient et sa famille à se projeter dans l'avenir

Face à l'altération corporelle programmée que constituent les pathologies chroniques, l'évocation du diagnostic puis son annonce formelle constituent un choc à la mesure de la lourde prise en charge et du pronostic. S'il est naturellement impossible d'envisager avec optimisme l'évolution d'une maladie désespérante, il est essentiel de déculpabiliser la famille traumatisée. Certaines familles s'adressent des reproches parce que les oublis, vécus comme autant de distractions, ont généré des conflits. Les proches vivent dans le regret de n'avoir pas repéré plus précocement les symptômes, ce que certains transforment en colère de n'avoir pas été entendus à temps par le médecin, accusé de soigner sans guérir. L'attitude opposante du patient au début de la maladie pousse les proches, souvent le conjoint en première ligne, à ne pas supporter le poids de sa détresse. Ils anticipent une mise en institution parfois inévitable pour des raisons tant pratiques qu'affectives.

Chapitre XII :**L'ETHIQUE DE LA VULNERABILITE, ALTERNATIVE A LA
JUDICIARISATION DE LA MEDECINE : UN SYSTEME D'EXPERTISE
POUR PREVENIR LES CATASTROPHES MEDICALES**

« La pratique médicale est un art de la décision dans des situations toujours individualisées. Des références fournissent un cadre indispensable à la prise des décisions, dont la rationalité doit être comprise à la fois par les médecins et par les malades », déclare C.G. (entretien n°40).

Les commissions de conciliation mises en place dans chaque établissement hospitalier par le décret du 2 novembre 1998 permettent une gestion indépendante, rapide, concrète des réclamations de patients. Chaque patient se voit donner la possibilité aisée de rencontrer dans un bref délai un membre de la commission qui ne peut être suspecté d'être partie prenante, pour y exprimer ses doléances, être assisté et orienté (143). La

participation des représentants des usagers au conseil plénier de cette commission est une garantie d'impartialité qui va contre l'idée d'une chambre d'enregistrement sans réel pouvoir. Ces représentants forment une interface entre la ville et l'établissement. Le fait d'être des référents auprès des usagers leur confère une responsabilité citoyenne et favorise la transparence au sein de la communauté hospitalière.

En matière de responsabilité médicale, l'expertise judiciaire ne fonctionne pas à la pleine satisfaction des médecins ni des malades. Pour le médecin, la procédure est perçue comme complexe et infamante. Il peut être accusé d'une faute non commise par un malade irascible. Le médecin ne se satisfait pas souvent de cette manière d'être jugée. Quant au malade, il peut avoir l'impression que l'expertise est confraternelle, l'expert étant nécessairement médecin. C'est pourquoi l'expertise pourrait être menée par un collège de médecins, certains mandatés par leurs pairs, d'autres par les malades, en quête d'une commune mesure. Afin que le dispositif d'expertise soit accepté avec clairvoyance par les médecins et les patients, il importe qu'existe dans la relation thérapeutique un langage d'objectivité, un langage non pollué par la divergence des intérêts. La méthode dialogique prônée par J.-F. Malherbe est susceptible d'apporter ce langage partagé (144).

L'histoire de la médecine a longtemps été relatée sous la forme d'exploits successifs, ce qui façonne une image de toute-puissance aux

soignants. Cette image ne correspond pas à la réalité. Il faut que les soignés réapprennent ce qu'ils peuvent demander à la médecine : préalablement aux soins, le malade et sa famille doivent savoir qu'ils ne peuvent pas tout en attendre. Ce préalable est posé par F. Ewald dans un rapport remis au ministre de la santé en 1997 intitulé *Le problème français des accidents thérapeutiques, enjeux et solutions*. (145).

La sécurité passe par le développement de la médecine de prévention, par une responsabilité accrue de l'individu par rapport à la société, par des contraintes collectives en partenariat éventuel avec des assureurs. Ainsi, l'information concernant l'hygiène alimentaire délivrée par les autorités sanitaires à un public mal éduqué pourrait laisser croire à la survenue de plus en plus fréquente de fraudes ou de cas de contamination. Cette information délivrée pratiquement en temps réel témoigne au contraire de l'efficacité de mesures appropriées prises dans un délai imparti.

C'est au prix de l'engagement de la responsabilité du médecin comme agent d'un système de santé publique que la médecine du futur sera porteuse d'espérance, non au prix d'une appréhension de la justice, des médias ni des patients mettant en jeu la responsabilité médico-légale. Le danger serait une médecine positiviste, instrumentale, exclusivement basée sur des références normatives. Sans nuances et sans questionnement sur

elle-même, elle ferait l'économie de l'accompagnement du malade, c'est-à-dire de l'aide attentive de l'autre dans sa plus grande détresse (146), que nous avons exposée au paragraphe XI.2.3. Le postulat d'une humanité qui répondrait strictement à des références culturelles normatives comporterait un risque de dérives eugénistes.

Chapitre XIII :**RENDRE LA PAROLE AUX CITOYENS****XIII.1. Le magistère moral du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé**

« *Empreinte de technicité, la société française est bouleversée par les nouveaux pouvoirs que la science délègue aux hommes par l'intermédiaire des médecins et des biologistes : tentative de maîtrise de la reproduction, tentation du contrôle de l'hérédité voire tentation du contrôle des activités de l'esprit par les neurosciences* », déclare O.P. (entretien n°24). Devant de tels bouleversements, a été créé dès 1983 par décret du Président de la République le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé.

Sans être formellement auteur de projets de règles juridiques, ce comité est un forum de réflexions abordant les questions les plus controversées : il identifie un champ de conflits puis délimite le champ d'un consensus. Il établit ainsi un lien entre la société, en particulier le monde associatif, et les organes décideurs. À côté des missions d'information et d'éducation, ce rôle est essentiel car les institutions publiques dotées de compétences normatives minorent parfois l'importance des questions à résoudre. Les avis des comités nationaux d'éthique sont devenus un important point de référence pour le législateur et pour la jurisprudence. La pensée éthique n'est pas monopolisée par ces comités qui ne limitent pas l'activité d'autres instances éthiques développées par des structures autonomes ou des institutions scientifiques.

D'abord animateur d'une réflexion publique contradictoire sur les questions de son ressort, ce comité a exercé initialement un magistère moral, érigeant ses membres en « *gardiens du corps* » (147). Puis quatre lois de bioéthique, la première en 1988 et les trois autres en 1994 (148), ont déplacé ses avis de l'incitation vers l'obligation. Cette obligation est assortie de sanctions codifiées en cas de manquement. Le Comité consultatif national d'éthique lui-même n'a pas échappé à cette évolution, recrée par l'une des lois de 1994. Il a fait un grand pas en direction du droit, devenant un conseiller très écouté des pouvoirs publics, implicite puis explicite. Ses

missions formelles ont permis à l'Etat confronté à des questions éthiques complexes de se reposer sur la clairvoyance d'un comité de sages (149). Ce comité a pris le parti de ne jamais se déclarer incompétent, au sens juridique du terme, lorsqu'il est consulté. L'autorité morale du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé ne doit pas occulter le débat public.

XIII.2. L'importance du débat au coeur de la cité

À l'heure où la science est rendue responsable des progrès mais également des malheurs de la société, le débat éthique organisé et stimulé au plus près des citoyens pourrait être un mode d'acculturation réelle à la science biomédicale et aux questions que soulèvent ses apports. L'éthique n'a pas vocation à être contraignante, mais à porter attention à l'autre : grâce à une vision collective des objectifs à atteindre, ce débat permettrait un dépassement heureux des jugements à l'emporte-pièce, une résistance au discours positiviste sur le triomphe d'une médecine toute-puissante. Il y aurait là pour les médecins un rôle passionnant à jouer, non point de sages mais de conciliateurs et de pourfendeurs de préjugés.

En observateur pointu de la vie de la cité et de ses dysfonctionnements, le médecin a un rôle naturel de médiateur social à travers sa fonction universelle de soignant.

Chapitre XIV :**MISSIONS ET ATOUS DU MEDECIN**

Les missions dont est chargé le médecin ne cessent de s'élargir : il n'a plus seulement à combattre les maladies, il doit protéger la santé, corriger les déviations sociales comme les toxicomanies licites ou illicites, faire de la recherche (150). Le temps consacré au domaine traditionnel de l'exercice médical se rétrécit au profit de ces nouvelles missions et d'une action de prévention. Dans cette démarche de santé communautaire développée largement au Canada (151), le respect des exigences de qualité et de sécurité doit en permanence être concilié avec les impératifs économiques, à l'échelon collectif et à l'échelon individuel.

A l'échelon collectif, il s'agit d'un véritable défi. Il sollicite la participation des membres de la communauté définie géographiquement ou socialement à l'expression de leurs besoins, aux actions et aux évaluations

mises en œuvre pour répondre aux priorités qu'ils ont dessinées. Cette démarche a inspiré le législateur pour les ordonnances du 24 avril 1996 instaurant un représentant des usagers siégeant avec voix délibérative au sein des conseils d'administration des hôpitaux. La création et le fonctionnement des conférences régionales et nationale de santé, la transformation de l'agence nationale de développement de l'évaluation médicale (ANDEM) en agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), la création des agences régionales d'hospitalisation concrétisent également une démarche de santé communautaire. La communauté médicale abandonne une part de son pouvoir au profit d'instances médico-administratives, telle l'agence de sécurité sanitaire des aliments. Des voix s'élèvent contre ces experts, comme R. Brauman : « *Nous voulons critiquer (...) l'entretien d'une peur diffuse par des experts, nouveaux ingénieurs du corps individuel et social, aspirant à devenir des commissaires au comportement. Cette idéologie sanitaire cause plus de problèmes, avec ses croyances, ses prétentions et ses abus, qu'elle n'en résout.* » (152).

A l'échelon individuel, le médecin ne peut relever ce défi qu'avec des atouts clairs : assurer sa formation de façon aussi pertinente que possible, renforcer ses qualités personnelles par l'expérience, coopérer en un réseau rassemblant des compétences dans un but clairement défini, s'allier enfin aux patients, premiers et principaux concernés par l'aventure médicale.

Comme l'illustre J. Mann : « *le professionnel n'a pas à savoir et à décider seul pour les autres. Il aura à révéler et à transmettre à tous ce qu'il sait et à prendre en compte ce que les autres savent. Il devra justifier et défendre les choix qu'il propose en risquant ouvertement les débats contradictoires dans et hors du cocon professionnel du pouvoir et de la protection* » (153). Non seulement les professionnels de santé mais encore tous les autres membres de la société civile porteront ainsi intérêt à la santé publique et à ses méthodologies.

La compétence médicale technique et scientifique est le meilleur service rendu par le médecin à la société, plus particulièrement aux justiciables. En ce sens, la discussion et la concertation entre médecin et magistrat sont indispensables pour que chacun apprenne à mieux connaître les fonctions de l'autre.

Chapitre I :**LA SECURITE JURIDIQUE AU PROFIT DE L'ORDRE SOCIAL**

Médecins et biologistes se trouvent confrontés à la question du consentement aux actes médico-judiciaires en matière pénale (154), notamment lors de la recherche de toxiques urinaires –opiacés, cocaïne, amphétamines, cannabis- et de la détermination des empreintes génétiques. Cette question revêt une particulière acuité depuis 1991, avec l'accélération de l'utilisation de l'analyse de l'ADN dans le domaine des sciences médico-légales. L'amplification génique ou PCR (Polymerase Chain Reaction) s'est alors développée, permettant d'établir de véritables empreintes génétiques. Celles-ci tirent leur nom de ce qu'elles sont, comme les empreintes digitales, une technique d'identification des personnes. Se fondant sur l'unicité biologique des individus, elles consistent en une recherche du polymorphisme de l'ADN permettant l'identification dans le cadre de

procédures judiciaires (155). Cette nouvelle pratique biomédicale est encadrée en France par des textes législatifs (156,157) et deux avis du Comité Consultatif National d'Ethique (158,159).

Par analogie avec la notion d'injonction thérapeutique, **l'injonction de prélèvement peut se définir comme l'ordre intimé par une autorité policière ou judiciaire à un individu suspect de crime ou de délit de se soumettre à une recherche biologique dans le but de favoriser la manifestation de la vérité.**¹

Les empreintes génétiques constituent une atteinte à l'intégrité physique de la personne par le prélèvement, et à son intimité par l'analyse. Elles imposent donc le recueil d'un double consentement : le consentement à l'identification et le consentement au prélèvement. Cette distinction s'impose depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain (160). Les principes du droit et de la déontologie médicale s'opposent formellement à ce que soit imposé par la force un prélèvement à une personne qui le refuse. Mais le suspect qui refuse un prélèvement de comparaison se mettra dans une situation plus difficile pour établir son innocence. Il importe qu'une personne qui est mise en examen en

¹ Par analogie, la loi permettant la vérification de l'imprégnation alcoolique (Code des débits de boissons, articles L 88 et 89 ; Code de la route, article L 1^{er}-I, alinéa 5) déroge au principe de l'inviolabilité de la personne en sanctionnant le refus de se soumettre au test éthylométrique qu'elle ordonne, mais elle n'impose pas ce test.

soit informée par l'intermédiaire de son avocat. Le praticien qui effectue un tel prélèvement informe-t-il précisément la personne de l'objet de sa mission? En cas de refus de prélèvement d'empreintes génétiques de la part d'un auteur présumé d'homicide ou d'agression sexuelle, cette volonté est-elle toujours respectée ?

Le fait que seule l'autorité judiciaire puisse ordonner une analyse génétique assure une sécurité juridique sur une question affectant en profondeur la société. Fondée sur une représentation du destin biologique des hommes et sur l'indisponibilité du corps humain (161), cette sécurité juridique maintient un ordre social mais se trouve en tension avec la maîtrise de l'homme sur le vivant. Toujours plus performantes, les techniques d'empreintes génétiques entraînent la multiplication de situations hors normes évoquées dans le chapitre précédent, dans lesquelles la liberté individuelle est en balance avec l'intérêt de la société.

Chapitre II :**MODALITES DE PRISE EN CHARGE
DES EXAMENS MEDICO-LEGAUX****II.1. Une activité de consultation**

Les prélèvements à visée médico-légale effectués sur le vivant correspondent à une activité de consultation qui se déroule le plus souvent sur rendez-vous (162). Le caractère urgent du prélèvement est lié à :

- la proximité de la plainte par rapport aux faits et à la nécessité d'identification de l'auteur de l'agression, dans les cas de flagrant délit où un suspect nie sa participation ;

- la nécessité d'écartier un auteur présumé, dans les mêmes circonstances.

II.2. L'examen d'une personne privée de liberté relève de la médecine la plus aboutie

Cette privation de liberté peut être la conséquence d'une mise en garde à vue ou bien d'une incarcération. Lorsque les faits sont très récents, datant de quelques heures à quelques jours, un prélèvement d'empreintes génétiques est pratiqué lors de la garde à vue de la personne suspecte, après son audition. Lors de nos entretiens, 8 médecins ont spontanément indiqué avoir été requis après interpellation en flagrant délit, contre 4 biologistes. Dans les grandes villes, l'urgence amène le plus souvent les policiers à conduire le suspect aux consultations médico-judiciaires (163). Il n'y a pas de chronologie particulièrement établie : le prélèvements d'empreintes génétiques peut être demandé à tout moment après l'ouverture d'une procédure pénale, parfois plusieurs années après le crime ou le délit.

Lorsque les faits sont éloignés d'une semaine à plusieurs mois, ce prélèvement est demandé aussi bien à un médecin qu'à un biologiste. Ceux-ci disposent alors de plusieurs jours pour effectuer leur mission. Le médecin légiste intervient dans l'urgence, souvent lorsque d'autres opérations sont nécessaires auprès d'un auteur présumé d'homicide ou d'agression sexuelle : compatibilité de son état de santé avec la garde à vue dans les locaux de police, constatations de lésions de défense, confirmation ou infirmation de particularités physiques de l'agresseur mentionnées par la

victime aux enquêteurs –cicatrices, tatouages, etc...-, soins (164). Le biologiste intervient surtout lorsque le délai écoulé depuis les faits est important, lorsque l'examen corporel de l'auteur présumé ne s'impose plus.

Il existe une inégalité entre les personnes vivant la garde à vue comme une honte indélébile et celles qui l'ont intégré comme une situation banale. Les premières sont rendues très vulnérables par la perte totale d'identité, de repères, de l'image familiale (165, 166), d'autant qu'il s'agit alors souvent de leur première expérience de privation de liberté. Elles sont en proie à la faim, à l'insomnie, à l'anxiété. Elles ont perdu à la fois l'ancrage dans un futur immédiat et la notion de projets. La privation de liberté rend le rapport au temps extrêmement perturbé. Le comportement présent devient obsessionnel, comme l'illustre A. Koesler dans « *Le zéro et l'infini* » (167). La personne est plongée dans un présent totalement captif du passé. Ce passé est indéfiniment reconstruit au gré des auditions et des éventuelles perquisitions. Il peut devenir source de confusion et d'autres perturbations mentales. La promiscuité empiète sur le territoire le plus intime, empêchant le refuge dans la vie intérieure.

Lorsqu'elle se répète, la garde vue peut perdre ce caractère contraignant. Elle est parfois vécue comme une situation valorisée par la hiérarchie du banditisme qui y voit une marginalisation efficace dans l'apprentissage des rapports de force.

La personne en garde à vue n'est pas toujours respectée dans son être ni dans ses différences. Moins encore que l'incarcération, la garde à vue n'a de finalité rédemptrice. Il faudrait porter une grande attention aux primo-gardés à vue, afin qu'ils soient seuls ou entre eux, ne pas mettre dans les mêmes geôles un jeune délinquant et un criminel ou un malfaiteur multirécidiviste, comme c'est le cas certains jours d'affluence.

La garde à vue crée les conditions d'apparition de symptômes dont la part organique et la part fonctionnelle sont difficiles à discerner. L'examen clinique relève de la médecine la plus aboutie, c'est-à-dire d'une médecine appréhendant l'homme dans sa globalité. L'examen médical obligatoirement proposé à la personne en garde à vue (168) fait d'un acte médical une mesure médico-légale. N'ayant pas choisi son médecin ni parfois même demandé un tel examen, la personne en garde à vue a le droit inaliénable d'accéder à la médecine de la plus haute compétence possible.

II.3. Un interrogatoire axé sur le recueil du consentement

Il a pour objet essentiel de s'assurer de la réalité du consentement au prélèvement. Lors d'une enquête que nous avons menée de mars à mai 1999 auprès de 8 médecins légistes et de 5 biologistes (169), un médecin légiste et 3 biologistes n'indiquaient pas recueillir explicitement ce

consentement, informant seulement la personne qu'ils allaient procéder à un prélèvement sanguin. Aucun de ces 13 praticiens n'informait systématiquement la personne prélevée sur le traitement informatisé des données permettant la constitution d'un fichier ni sur la durée de conservation du prélèvement. 3 de ces praticiens exprimaient la difficulté de ne pas être suggestifs et de ne pas induire involontairement une déformation des faits. Il est essentiel que l'examen de l'auteur présumé d'homicide ou d'agression sexuelle se déroule en colloque singulier, hors de la présence de policiers, celle-ci générant des tensions.

Chapitre III :**LES TENSIONS D'ORDRE ETHIQUE
EVOQUEES PAR LES PRATICIENS****III.1. Un acte médical sans but thérapeutique**

Le prélèvement d'empreintes génétiques est effectué dans l'intérêt de la victime, dans l'intérêt de la société, dans l'intérêt d'individus suspectés à tort d'une agression qu'ils n'ont pas commise. Il n'a pas d'objectif thérapeutique à l'égard de la personne prélevée.

III.2. Présence d'une tierce personne

La fonction d'auxiliaire de justice auprès des policiers et des magistrats impose au médecin une stricte neutralité au contact des

intervenants. Lorsqu'est ordonnée la mise sous scellés du prélèvement, la présence de l'officier de police judiciaire qui procède à la pose des scellés est indispensable au moment du recueil sanguin. La personne soumise à l'injonction de prélèvement ne peut refuser cette présence, elle peut seulement refuser le prélèvement. Parmi les 9 médecins et les 3 biologistes qui ont indiqué avoir été requis au cours de notre série d'entretiens, tous ont fait face à des refus de prélèvement.

III.3. Difficultés de l'examen médico-légal

Ces 12 praticiens considèrent comme difficile la réalisation du prélèvement. Ils invoquent les difficultés suivantes : pressions policières afin d'obtenir un fragment de comparaison du matériel génétique du suspect, barrière de langage avec les étrangers en l'absence d'interprète, crainte d'induire une erreur judiciaire. Un médecin légiste parle d'« *extorsion de consentement* » et d'entretiens « *insincères* ». Selon lui, le dialogue avec un agresseur sexuel présumé relève d'une négociation dans laquelle le praticien stigmatise un éventuel refus et le suspect recherche un bénéfice secondaire souvent sans rapport avec le motif du prélèvement. Ce dialogue s'appuie sur les textes de loi et non sur la volonté positive du sujet prélevé. Dans cette situation, l'examineur obtient simplement que la personne ne s'oppose pas

au prélèvement dans le cadre de la procédure dont elle fait l'objet. Ce non-refus est loin d'exprimer un plein accord ou une volonté délibérée. Il vaut seulement acceptation, d'où le terme d'extorsion.

III.4. Le cas du refus de prélèvement

Les allégations ayant pour but d'échapper au prélèvement les plus fréquemment citées par les praticiens sont la négation de toute implication dans l'agression (citée 5 fois), la crainte d'une prise de sang (citée 3 fois), le refus de répondre aux questions (citée 3 fois), les conduites manipulatoires visant à obtenir un bénéfice secondaire (citée 2 fois). Dans les situations de mutisme et d'attitude opposante, le refus n'est évidemment pas motivé par la personne. La violence de l'interpellation, les conditions de garde à vue ou de détention, l'épuisement psychique, la personnalité antérieure du sujet sont de nature à motiver une attitude d'opposition et de repli.

Il n'est pas établi qu'un tel refus se rencontre plus fréquemment chez les auteurs avérés d'agressions que chez les personnes mises ultérieurement hors de cause. La littérature scientifique ne comporte pas d'étude relative au refus de l'auteur présumé d'agression sexuelle de se prêter au prélèvement d'empreintes génétiques. Il serait intéressant d'étudier précisément les motifs de refus et sa fréquence. En matière de

consentement, l'analyse des refus apparaît plus contributive que celle des acceptations.

III.5. L'usage exclusivement judiciaire des prélèvements

Il serait indispensable de pouvoir évaluer les prises en charge judiciaires des agressions sexuelles avec une méthodologie rigoureuse. Il serait également utile que magistrats et médecins s'interrogent ensemble sur la portée et la légitimité des empreintes génétiques :

- . Quel sens donner à ce prélèvement ?

- . Qu'attend précisément le magistrat de l'examen ? Lorsque les circonstances de l'agression ne sont pas clairement établies ni étayées par des témoignages et des aveux concordants, le juge d'instruction craint une rétraction tardive du suspect. Il s'en prémunit en ordonnant des empreintes génétiques. Mais certaines demandes sont encore mal formulées ou non motivées. L'indication du prélèvement n'est pas toujours clairement posée.

- . Quelle est l'incidence du refus de prélèvement sur les poursuites judiciaires ?

- . Quelle est la place des empreintes génétiques parmi les autres examens médico-légaux dans le faisceau de preuves ?

III.6. Des tensions liées à la représentation de la sexualité

La question de l'agression sexuelle touche à la vie de relation, au respect de la personne et à la valeur donnée à la vie. Le prélèvement d'empreintes génétiques chez l'auteur d'agression sexuelle renvoie le médecin à lui-même, à la représentation du viol, à sa propre sexualité, au voyeurisme voire aux pulsions agressives. Des tensions naissent du contraste entre d'une part la forte émotion dégagée par les faits qu'allègue la victime et d'autre part la froideur de l'examen technique.

Le regard médical tend à se débarrasser de toutes les passions, de toutes les curiosités autres que scientifiques. Cette neutralité affective est nécessaire à un comportement professionnel. Cependant, le transfert et le contre-transfert sont toujours présents dans la rencontre entre le praticien et la personne qu'il prélève. Le geste médical n'est pas un geste purement technique.

Chapitre IV :**LES ACTES MEDICO-JUDICIAIRES, SOURCES DE TENSIONS
CHEZ L'AUTEUR PRESUME D'AGRESSION ET CHEZ LE PRATICIEN**

Ces actes sont considérés comme sources de difficultés et générateurs de tension chez les personnes privées de liberté par 13 médecins sur 22 et 5 biologistes sur 11. La répétition de prélèvements à l'occasion de différentes mises en examen est une source de souffrance inutile pour la personne prélevée. La mise en oeuvre du Fichier national automatisé des empreintes génétiques (FNAEG) devrait permettre utilement de diminuer le nombre de prélèvements.

IV.1. Une violence pour l'auteur présumé

IV.1.1. Violence décisionnelle

La fonction du magistrat est dominée par la recherche rigoureuse de la vérité dans le respect du formalisme de la loi et dans le respect des droits de la personne, notamment de la présomption d'innocence. Le fait que seule une autorité judiciaire puisse ordonner le prélèvement assure une sécurité juridique sur deux questions affectant en profondeur la société (170) : l'exigence de la preuve imposée par les intérêts convergents de la société et de la victime et la liberté d'acceptation ou de refus de prélèvement d'empreintes génétiques face au crime. Certaines ordonnances de justice semblent insuffisamment motivées, rendant les indications du prélèvement obscures. La décision de procéder à une analyse génétique traduit le resserrement d'un étau autour de l'agresseur présumé grâce à un faisceau de présomptions concordantes. Cet examen va clairement à l'encontre des intérêts de la personne qui la subit, dès lors qu'il s'agit de l'auteur de l'agression. C'est pourquoi, en France, le refus du test génétique par l'intéressé ne constitue pas une infraction.

IV.1.2. Violence institutionnelle

Le service accueillant la personne en vue du prélèvement est souvent non spécialisé : consultation ou urgences hospitalières. Il est parfois inadéquat, comme dans le cas d'une infirmerie en milieu carcéral. Pour le respect de la personne humaine, préserver un espace d'écoute et de parole est essentiel dans l'esprit des Droits de l'homme, malgré les limites imposées par le formalisme juridique (171).

IV.1.3. La dérive médiatique

L'opinion publique a une conception normative de l'homme, comme si elle était persuadée que les comportements humains aux marges ou déviants étaient tout à fait exceptionnels. Lorsque, horrifiée, elle découvre une situation de transgression à l'occasion de la médiatisation d'un fait divers, cette image lui est insupportable. Les prélèvements d'empreintes génétiques ne doivent pas être détournés de leur but d'identification judiciaire par des considérations médiatiques ni démagogiques, extra-scientifiques, où l'ampleur des moyens mis en œuvre importe plus que leur réelle efficacité. Cette dérive médiatique est d'autant plus fréquente qu'en matière d'agression sexuelle l'opinion s'accommode mal de l'échec de l'enquête criminelle.

IV.1.4. Violence des soins

Même bien mené, l'acte médico-judiciaire peut être vécu de manière traumatisante. La peur de subir une prise de sang est un facteur à prendre en considération. L'entretien peut être source de souffrance par différents mécanismes. Il arrive que le suspect ne puisse s'exprimer, comme si redire, c'était à nouveau commettre l'acte. Certaines questions sont tellement suggestives qu'elles induisent une nouvelle version des faits. Il arrive que le praticien n'ose pas poser de question, que le suspect ne parvienne pas à s'exprimer. Le respect du silence de l'auteur présumé, équivalent à un refus de prélèvement, est essentiel. A l'inverse, l'interrogatoire médical peut être intrusif, de type policier. Il s'agit d'une dérive de la part du praticien, car il ne lui appartient pas de commenter ni d'expliquer les faits.

A partir de quel moment le préleveur devient-il intrusif ? Il faut parler mais surtout laisser parler l'auteur présumé. Est-ce qu'un entretien médical respectueux du sujet soumis à l'injonction de prélèvement se résume à l'« *indispensable recueil du consentement* » (entretien n°8), à « *tout ce qui est utile à l'interprétation de l'analyse biologique* » (entretien n°34), « *au strict nécessaire afin de ne pas orienter la stratégie de défense de la personne prélevée* » (entretien n°40) ?

Auxiliaire de justice mais avant tout porteur de valeurs humanistes, le praticien reste au coeur de sa mission en apaisant le suspect par des mots simples et par une attitude d'écoute. A terme, le plus éprouvant pour le suspect n'est pas le prélèvement mais ce qu'on lui en a dit, l'interprétation de ce qu'il a entendu ou compris et l'intériorisation secondaire.

IV.1.5. Non information sur le devenir du prélèvement

L'absence d'information sur le devenir du prélèvement affecte à la fois la personne ayant effectué le prélèvement et celle qui l'a subi. Les praticiens ne sont pas directement informés du résultat du prélèvement d'empreintes génétiques qu'ils ont exécuté. Ni l'existence de fichiers automatisés d'empreintes génétiques dans les laboratoires de biologie moléculaires agréés ni la durée de conservation des prélèvements ne sont portées à la connaissance des personnes qui y sont soumises ou à celle des praticiens.

IV.2. Une tension pour le praticien

IV.2.1. Le praticien ressent ce prélèvement comme une contrainte

Le praticien n'a aucun pouvoir de décision ni même un regard sur le devenir du prélèvement. C'est l'autorité judiciaire qui décide du biologiste ou du laboratoire experts devant effectuer l'analyse génétique. Celui-ci se sent parfois isolé (1 médecin et 1 biologiste interrogés) et mal informé de la suite des opérations (7 médecins). L'absence de pouvoir décisionnel entraîne une difficulté à donner un sens à l'intervention médicale, vécue comme une action répressive à l'encontre de la personne prélevée.

IV.2.2. Un acte biologique susceptible de nuire à la personne examinée

Il y a très peu d'autres circonstances éthiquement acceptables où médecins et biologistes accomplissent volontairement, en toute connaissance de cause, un acte biologique susceptible de nuire gravement aux intérêts de la personne qu'ils examinent. Cette responsabilité pose au praticien un conflit de devoir. L'injonction de prélèvement faite à l'auteur d'agression sexuelle revêt un double aspect normatif :

. le respect d'une norme sociale régulatrice, sous la pression de l'opinion publique, par l'intermédiaire des médias ;

. le respect d'une norme juridique revêtue d'une force obligatoire potentiellement assortie d'exécution et de sanction.

Elaborer une norme juridique trop stricte serait l'aveu du triomphe de l'utilitarisme (172). Soumettre à un prélèvement forcé des personnes mises en examen est contraire à l'éthique médicale. Ce refus de prélèvement doit être d'autant mieux respecté qu'il s'avère rare, le suspect redoutant que les magistrats en tirent argument de sa culpabilité. Le médecin et le biologiste sont les garants d'une légitimité, par leur autorité scientifique et morale auprès du pouvoir judiciaire. Un des rôles symboliques de l'analyse génétique chez l'auteur d'agression sexuelle ou d'homicide est de maintenir la stabilité des règles sociales. Postulant des choix fondamentaux pour l'ensemble des citoyens, elle est profondément représentative de ce qu'une société veut se donner comme modèle de l'homme.

La médicalisation de la recherche de la preuve facilite son acceptation par l'auteur de l'agression. Le médecin est investi d'une double mission : la recherche de la vérité, la réponse à un besoin social déterminé par ceux qui ont autorité pour ordonner ces prélèvements. La conscience, la confiance et la compétence des médecins servent de garanties pour l'exécution de ce programme.

Chapitre V :**SIGNIFICATION ET ENJEUX ETHIQUES
DU CONSENTEMENT AUX ACTES MEDICO-JUDICIAIRES****V.1. Ce consentement est théoriquement indispensable**

L'importance des actes médico-judiciaires dans la recherche de la preuve est cruciale. Pour que la recherche d'empreintes génétiques soit conduite avec efficacité, il faut disposer de traces et d'un prélèvement appartenant au suspect ou au témoin. **Quelle place tient le consentement dans le recueil et la détermination de l'empreinte génétique de ces personnes ?** Cette question du consentement se pose chaque fois qu'une expertise nécessite une atteinte, aussi minime soit-elle, à l'intégrité corporelle de la personne, particulièrement à propos des analyses génétiques. A travers la recherche d'obtention du consentement, le médecin engage sa vision de la médecine.

Les empreintes génétiques constituent une atteinte à l'intégrité physique de la personne par le prélèvement, et à son intimité par l'analyse. Elles imposent donc le recueil d'un double consentement : le consentement à l'identification et le consentement au prélèvement. Cette distinction s'impose depuis l'entrée en vigueur de la loi du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain (173).

Les principes du droit et de la déontologie médicale s'opposent formellement à ce que soit imposé par la force un prélèvement à une personne qui le refuse. Mais une interprétation et des conséquences sont tirées de ce refus : le suspect qui refuse un prélèvement de comparaison sur sa personne se mettra dans une situation plus difficile pour établir son innocence. Il importe que la personne mise en examen en soit informée.

V.2. En pratique, la recherche du consentement est parfois négligée

L'autorité judiciaire peut-elle aller jusqu'à provoquer un comportement qui permettra un prélèvement à l'insu de celui qui en est à l'origine ?

De nouvelles biotechnologies permettent de se passer d'un prélèvement effectué directement sur la personne pour réaliser une analyse génétique. Un dépôt de salive sur un verre ou un mégot de cigarette sont désormais suffisants pour réaliser une empreinte génétique (174, 175). Cette

pratique ne fait pas reculer certains enquêteurs ni certains magistrats instructeurs, offrant un verre d'eau ou une cigarette à celui qui refuse un prélèvement à visée génétique. L'objet est ensuite saisi et placé sous scellés. Il ne reste plus au magistrat qu'à ordonner l'analyse de comparaison qu'il estime indispensable à la manifestation de la vérité. Ainsi se trouve contournée la question du consentement, dès lors qu'il n'est pas porté atteinte à l'intégrité corporelle du suspect (176) et qu'il n'est pas contraint de fumer une cigarette ni de boire un verre d'eau (177). L'autorité requérante peut-elle aller jusqu'à provoquer un comportement qui permet un prélèvement à l'insu de celui qui en est à l'origine ?

La réponse à cette interrogation ne se trouve pas seulement dans les textes mais renvoie à l'éthique personnelle et professionnelle du magistrat et du policier. Le Code de Procédure Pénale ne fait pas obstacle à la saisie par les enquêteurs d'un objet sur lequel l'opposant au prélèvement génétique a été amené, de manière volontaire ou non, à laisser des traces. Ce ne sont donc pas les textes législatifs ni réglementaires mais bien les pratiques individuelles des médecins, des policiers et des magistrats qui répondent aux difficultés posées par l'absence de consentement à un prélèvement. Ces pratiques s'efforcent de concilier un double impératif : le respect des droits de la personne et l'efficacité de l'enquête et de l'instruction (178).

Chapitre VI :**PROTECTION DE LA SOCIETE :
INFORMATISATION ET CONSERVATION
DES EMPREINTES GENETIQUES**

L'empreinte génétique est une information nominative, au sens de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (179). 5 biologistes confirment que les laboratoires de biologie moléculaire disposent déjà, pour leur propre usage, de fichiers automatisés déclarés à la Commission Nationale Informatique et Liberté. En pratique pénale, aucun des praticiens interrogés n'informe jamais la personne subissant le prélèvement d'empreintes génétiques du traitement informatisé des données pouvant donner lieu à la constitution d'un fichier ni de la durée de conservation du prélèvement. Une information sur le traitement informatisé des données de l'analyse génétique serait pourtant susceptible d'avoir un effet dissuasif à l'encontre de certains agresseurs sexuels récidivistes.

A l'instar des exemples américain, britannique, néerlandais et bientôt suisse et belge, une base de données informatisées mémorisant les résultats obtenus au plan national facilitera le rapprochement avec les enquêtes en cours et l'identification rapide des multirécidivistes (180).

Le Fichier national automatisé des empreintes génétiques (FNAEG) sera élaboré et mis à jour par des médecins et des biologistes qui le tiendront à la disposition des magistrats. Sur le mode des bases de données d'empreintes digitales, le FNAEG constituera un moyen de comparaison de chaque nouvelle empreinte avec celles obtenues dans l'ensemble des affaires permanentes (181). Il en résultera le rapprochement d'agressions sexuelles vraisemblablement attribuables au même auteur, la résolution d'affaires anciennes non élucidées. Son cadre d'utilisation est très restrictif au regard de ses homologues étrangers puisqu'il ne concerne encore que les crimes de nature sexuelle. Afin de faciliter l'identification de suspects au plan international, des modifications réglementaires devraient être apportées. L'efficacité du FNAEG sera fonction du nombre de personnes typées et du nombre de microsatellites ou STR (Short Tandem Repeats) communs aux différents systèmes mis en place dans le monde. Les microsatellites sont des séquences nucléotidiques répétitives de petite taille (3 à 6 paires de bases) selon un nombre de répétitions qui varie de façon importante selon les individus. Un fichier techniquement performant rassemblerait un grand

nombre de profils génétiques de délinquants sexuels exploité à l'aide du plus grand nombre possible de marqueurs STR. Cette démarche pragmatique se heurte à des impératifs d'ordre éthique et d'ordre financier.

La double question d'ordre éthique soulevée par le FNAEG est celle de la fiabilité de l'exploitation, qui devrait être absolue, et de la protection des libertés. L'accès des justiciables aux informations nominatives est prévu (182). Il est souhaitable que cet accès soit indirect, compte-tenu de la confidentialité des données.

Chapitre VII :**UNE DOUBLE MISSION D'ORDRE ETHIQUE**

Il est plus simple d'établir par décret les conditions d'agrément des personnes habilitées à procéder à des identifications par empreintes génétiques dans le cadre d'une procédure pénale (183) que de décider des finalités au service desquelles ces techniques peuvent être légitimement et licitement utilisées (184). Le praticien qui effectue un acte médico-judiciaire a une double mission d'ordre éthique :

- . la participation à l'efficacité du système juridique, en permettant la réalisation d'une analyse de haute technologie ;

- . la garantie du respect des libertés individuelles et du respect de la dignité du suspect. Le médecin doit rappeler à la personne privée de liberté qu'elle a le droit de refuser l'examen, mais également que ce refus ternit sa crédibilité aux yeux des magistrats. En cas de refus d'un prélèvement, il ne doit pas être porté atteinte à l'intégrité physique du suspect.

Le bouleversement scientifique que constituent les empreintes génétiques a surgi dans des sociétés doutant de leurs valeurs et de leur avenir, dont le lien social est considérablement affaibli par le grand nombre de déclassés et d'exclus.

La privation de liberté transgresse l'idéologie dominante fondée sur le principe qu'une société n'admet comme réalité qu'une fiction collective valorisante. Selon E. Fuchs, une société progresse si elle admet que les normes sociales sont destinées à faire vivre ses membres en commun, non pas à dire la vérité. En affrontant l'absence de normativité, la société progresse plus (185) qu'en conférant au sujet souffrant une identité collective étiquetée et repérable. Un discours de portée générale ne permet pas de répondre à chaque souffrance particulière. En faisant l'économie de la rencontre avec l'autre, il exclut une partie du corps social au lieu de s'enrichir d'une telle confrontation. Les suspects exercent sur l'opinion publique une fonction conjuratoire de bouc émissaire, décrite par R. Girard dans sa théorie mimétique (186). En ce sens, la systématisation de certains prélèvements, notamment des empreintes génétiques, pourrait représenter un danger pour cette personne devenue vulnérable qu'est l'individu privé de liberté, et une absence de bénéfice pour la société.

CONCLUSION

Les praticiens de médecine légale et les biologistes, experts judiciaires ou médecins des services d'urgences médico-judiciaires, se trouvent confrontés à la question de l'injonction de prélèvement d'empreintes génétiques chez les auteurs d'agression sexuelle.

L'opportunité offerte au magistrat d'une juridiction pénale de faire procéder à un prélèvement à visée génétique est définie par la loi, norme fondamentale exprimant la volonté de la collectivité. Sans porter atteinte à l'intégrité physique de la personne, l'autorité judiciaire dispose de moyens de recueil des empreintes génétiques légaux mais détournés. En cas de refus de contribuer à l'identification des traces qu'il est susceptible d'avoir laissées, la volonté de l'auteur présumé d'agression sexuelle n'est pas toujours respectée par l'autorité judiciaire. La question de l'inviolabilité de la personne humaine se trouve ainsi habilement contournée (187).

L'étude du consentement aux actes médico-judiciaires permet d'engager une réflexion sur l'ensemble du processus médico-judiciaire, en amont et en aval de ces prélèvements. Le changement de statut du soignant qui devient auxiliaire de justice pose problème s'il n'est pas clairement explicité à la personne examinée (188). Il est l'exécutant et l'intermédiaire obligé d'une autorité non médicale. Non seulement le praticien agit dans un but non thérapeutique, mais encore son action peut aboutir à un résultat contraire aux intérêts de la personne ayant accepté de se soumettre au prélèvement. C'est le cas lorsque l'analyse génétique confirme l'implication du suspect dans l'agression sexuelle (189).

Les exigences éthiques du consentement de la personne se prêtant à un examen sur injonction policière ou judiciaire devraient constamment être présentes à l'esprit des praticiens missionnés pour cet acte technique. Notre étude met en lumière des disparités dans les conditions de prélèvement des empreintes génétiques. Elle devrait inciter tous les professionnels concernés à évaluer leurs pratiques et à l'uniformiser par différents moyens : instauration d'un protocole d'entretien médico-légal avec la personne devant être prélevée, évaluation des interventions grâce à un retour d'information et à un suivi des dossiers au cours de la procédure judiciaire (190) à court, moyen et long terme, échange d'expériences programmé entre médecins, biologistes et autorités requérantes.

Certains prélèvements d'empreintes génétiques sont générateurs de souffrances pour la personne prélevée, parce qu'inutiles ou répétés à l'occasion de différentes mises en examen. La création d'un fichier national d'empreintes génétiques permettra utilement de diminuer le nombre de prélèvements.

La progression considérable des investigations scientifiques en matière d'analyse génétique au cours de la dernière décennie sur le plan qualitatif et quantitatif nécessite qu'un cadre éthique soit posé, à la fois pour donner sa pleine efficacité au progrès technique et pour fixer des limites à l'utilisation des données. Le progrès vers la certitude scientifique s'accompagnant d'une incertitude des règles de droit, la création de normes internes répond à un impérieux besoin. Depuis septembre 2001, la coopération judiciaire européenne s'est accélérée, sans rattraper le retard qu'elle a pris sur la coopération scientifique entre laboratoires.

C'est trop demander au droit et à la jurisprudence que de déterminer seuls les valeurs définissant la place à accorder aux actes médico-judiciaires dans notre société. Légiférer d'avantage en cette matière marquerait un glissement de la bioéthique au biodroit comportant quatre inconvénients (191) :

. la réduction de la liberté des recherches et des pratiques ;

- . la restriction de la liberté de choix individuel du suspect ;
- . le dépassement rapide de la législation par les avancées de la science ;
- . le risque d'ineffectivité de lois marquées par une trop grande précision technique devenant rapidement inapplicables.

Le législateur tire les conséquences de la pratique médicale et biologique puis la pratique nourrit la loi. Le danger serait d'effectuer des analyses génétiques de manière non volontaire ni consciente chez les personnes prélevées. Il ne faut pas substituer les Droits de l'homme par les droits d'un homme en fonction de ses empreintes génétiques. A trop poser de règles relatives au corps de l'homme, risquerait de disparaître la personne dont il n'est que le support. Le droit du corps tendrait alors à instrumentaliser la personne, à la réduire à un corps sans esprit. Les conséquences seraient, outre la privation de liberté et la déchéance sociale, la dégradation de la personne (192). Ceci aurait pour effet de générer des interrogations sur la validité et la légitimité des empreintes génétiques, alors que ce processus scientifique (193) concourt à la recherche de la preuve pénale et est au cœur des libertés individuelles. De telles interrogations sont fondamentales : si le médecin alimentait des positions ambiguës vis à vis de sa fonction première, le soin, il viendrait à perdre la dimension symbolique faisant de lui cet être à qui en toute occasion chacun peut donner sa confiance.

Le médecin et le biologiste ne peuvent laisser enfermer leur pratique dans un carcan trop strict. Une vision souple évacue les controverses philosophiques sur le bien-fondé de la pratique, soulage le poids de la responsabilité. Elaborer une norme juridique trop stricte serait l'aveu du triomphe de l'utilitarisme.

Un compromis reste à établir entre développement technologique et besoins réels de l'enquête judiciaire. Afin de permettre l'interconnexion des fichiers d'empreintes génétiques au plan international, il est fondamental de privilégier une uniformisation des techniques d'analyse. Cette standardisation se trouve en balance avec l'importance de nouveaux marqueurs ayant un potentiel d'identification prometteur (194). Les règles élaborées par les praticiens, par les chercheurs et les sages des professions concernées ne se sont pas encore concrétisées en un biodroit international issu des interprétations de la volonté générale. Aujourd'hui, ce droit reste placé à la remorque de la science. Il exerce une fonction instrumentale faisant référence à des valeurs humanistes. Les difficultés de production de normes internationales en matière d'identification génétique sont en relation avec les différences de législations nationales, non avec les disparités techniques, qui sont faibles.

Chapitre I :**PARTICULARITES DE LA PSYCHIATRIE
PAR RAPPORT AUX AUTRES DISCIPLINES MEDICALES**

Le concept de maladie mentale est au carrefour de la sémantique - théorie de la relation entre les mots et la réalité-, l'herméneutique -théorie de l'interprétation- (195) et la logique de la médecine, appliquée au fondement moral de la psychiatrie (196). La psychiatrie comporte certaines caractéristiques de prise en charge thérapeutique qui la distinguent profondément des autres disciplines médicales.

I.1. Des neurosciences balbutiantes

Les symptômes à partir desquels les pathologies mentales sont communément différenciées et classifiées dans le DSM-IV (197) ou la CIM 10 (198) ne pourront jamais se réduire entièrement à des troubles d'ordre

généétique, neurologique ou organique. Des formes de souffrance morale continueront longtemps à tourmenter les êtres humains sans que leur mécanisme psychique soit parfaitement éclairé par les progrès des neurosciences. Le diagnostic de maladie mentale reste essentiellement basé sur des symptômes, mais les psychiatres ne partagent pas le même avis sur l'interprétation de ces symptômes (199). La confusion et l'incertitude sur le choix des traitements pour des personnes atteintes de troubles mentaux demeure inévitable. Une dérive technicienne ne devrait pas faire oublier le malade au profit de la maladie. C'est pourquoi le diagnostic de certaines maladies mentales peut susciter plus d'interrogations et de désaccords parmi les psychiatres que le diagnostic d'une maladie physique parmi d'autres spécialistes. Cette question de la fiabilité et de la validité du diagnostic des pathologies mentales, notamment en matière d'urgence psychiatrique, soulève des tensions éthiques (200).

I.2. Relativité spatiale et temporelle du caractère dangereux d'une personne

L'intérêt et l'ordre publics varient non seulement d'un pays à l'autre mais aussi en fonction de l'époque (201). Certains individus ayant fait l'objet d'une mesure d'internement dans le passé parce qu'ils souffraient de

troubles mentaux auraient pu vivre aujourd'hui comme des citoyens ordinaires. Est-il licite d'interner un malade pour le restant de sa vie parce que le délire dont il risque d'être la proie pendant quelques minutes constitue un danger potentiel pour lui-même ou pour autrui ? L'internement forcé d'un aliéné est toujours pour le juriste une atteinte grave à la liberté et à la dignité de l'homme. Deux ordres de considération peuvent la justifier : la sanction de l'absence de responsabilité individuelle et le danger pour la société.

La psychiatrie asilaire est née dans les pays industrialisés pour répondre aux besoins des populations urbaines défavorisées. Des abus ont été engendrés par une interprétation extensive du caractère dangereux d'une personne.

I.3. Dysymétrie de la relation médecin-patient

La pratique citoyenne s'est introduite dans le champ de la psychiatrie comme dans les autres disciplines médicales. La perturbation de l'autonomie du patient par la maladie mentale pose au soignant le problème de l'information et de la prise de décision, oscillant entre respect de la liberté individuelle de la personne et non-assistance à personne en danger. La relation médecin-patient souffrant de troubles mentaux est particulièrement dissymétrique. La société demande au psychiatre de concilier la liberté

individuelle et les intérêts de la collectivité. Selon la FNAP-Psy, regroupement d'associations d'usagers de la psychiatrie, sur 54 000 hospitalisations en Psychiatrie en 1996, 90,6 % ont eu lieu avec consentement. Sur les 9,4 % réalisées sans l'accord du patient, 85,2 % l'ont été à la demande d'un tiers. Les psychiatres doivent donc parfois recourir à une hospitalisation contre le gré des patients selon deux critères : la dangerosité pour autrui et la dangerosité pour soi-même. Le choix de tout autre critère peut entraîner des interprétations abusives, un défaut de coordination entre le médical et le social voire des dérives bafouant les droits de l'homme dans des pays non démocratiques.

Chapitre II :**RESPECTER LA PERSONNE DANGEREUSE****II.1. Conséquence médico-légale de l'absence de responsabilité individuelle**

La personne incapable d'autogérer sa santé est devenue un danger pour elle-même. Cette considération est importante pour le médecin, toujours soucieux de la réintégration sociale de son patient. Mais elle entre en conflit avec le principe général du droit du patient à refuser le traitement, même au péril de sa vie.

II.2. Le danger pour la société

L'article 5, § 1, e) de la Convention européenne des droits de l'homme permet qu'il soit porté atteinte à la liberté individuelle « *s'il s'agit de la détention régulière d'une personne susceptible de propager une maladie contagieuse, d'un aliéné, d'un alcoolique, d'un toxicomane* » (202). La pratique de l'internement des aliénés était particulièrement courante dans les pays développés au XIX^{ème} siècle. Les conditions matérielles dans lesquelles elle s'est développée ont souvent été dénoncées.

Comme en ce qui concerne les autopsies médico-légales, il n'y a en France qu'à Paris que les hospitalisations d'office soient pratiquées dans des locaux dépendant de la préfecture de police. Sur le reste du territoire national, elles sont exclusivement réalisées en milieu hospitalier. Créée en 1871 sous le nom d'Infirmerie du Dépôt, l'Infirmerie Psychiatrique de la Préfecture de Police de Paris (IPPP) accueille alors les « *aliénés* », terme englobant délinquants et malades mentaux.

Depuis 1990, deux documents sont indispensables pour faire admettre un patient à l'IPPP : un certificat rédigé par un médecin extérieur à l'IPPP et un procès verbal établi par un commissaire de police. La durée d'hospitalisation est limitée à 24 heures, renouvelable une fois au maximum.

A la sortie de l'IPPP, seuls 30 % des patients subissent une hospitalisation d'office. Les trois autres modalités de sortie sont l'hospitalisation libre, le retour au domicile avec suivi ambulatoire, la garde à vue dans les locaux de police.

Chapitre III :**L'IPP :****UNE STRUCTURE MEDICALE SOUS CONTRÔLE POLICIER**

En 1998, 2263 patients ont été admis à l'IPPP. L'hospitalisation dans ces locaux dépendant de la préfecture de police entraîne de graves conséquences non seulement sur le plan thérapeutique mais encore sur le plan social. Est-il opportun qu'une autorité policière impose sa volonté sur des situations relevant essentiellement d'une prise en charge médicale adaptée ? L'IPPP est instituée dans le but de résoudre des problèmes sociaux aigus, non de prendre en charge des patients au long cours. Cette structure a essentiellement une fonction d'orientation des patients : en n'inscrivant pas leur prise en charge dans la durée, elle limite les possibilités thérapeutiques à un traitement symptomatique. Le traitement de fond se trouve différé, occasionnant un retard dans la prise en charge des patients ayant un suivi régulier dans un autre centre de soins spécialisés.

L'IPPP place au premier plan les perceptions de l'autorité policière quant à la nature et aux mobiles de la souffrance et au second plan l'analyse médicale de la pathologie. C'est pourtant la seule susceptible de permettre l'accès du patient à des soins adaptés. Les priorités policières et les objectifs du psychiatre ne peuvent se confondre. Exerçant sous tutelle policière, hors du contrôle de ses pairs et dans l'ombre des médias, le psychiatre a une vision réductionniste du malade mental axée sur la dangerosité sociale et non sur la thérapeutique. L'objectif du soignant ne tend plus seulement vers l'intervention psychiatrique : il dérive vers le contrôle des individus, dans le cadre d'une approche communautaire et sociale extensive de la santé mentale. Le psychiatre peut ainsi se trouver pris au piège d'une divergence entre l'intérêt individuel du patient et celui de la collectivité (203). La prise de conscience de cette contradiction par le patient lui-même ne favorise ni son apaisement ni la confiance qu'il peut avoir dans sa relation avec un psychiatre érigé en garant de l'ordre public. Lorsqu'un patient est reconnu dangereux pour autrui par un psychiatre, des renseignements confidentiels de nature personnelle ou médicale sont susceptibles d'être divulgués à des tiers, particulièrement aux autorités policières ou judiciaires (204). Cet aspect de la maladie mentale est illustrateur d'une dérogation à l'*ethos* traditionnel de la pratique clinique.

Enfin, certains troubles mentaux sont la manifestation d'une maladie organique dont la prise en charge requiert une démarche strictement

médicale et scientifique, non sécuritaire ou sociologique. Les investigations complémentaires sont retardées aussi longtemps que dure le séjour à l'IPPP, car cette structure ne dispose pas d'appareil d'imagerie ni de matériel d'analyse biologique.

Chapitre IV :**RESPONSABILITE DU PSYCHIATRE DE L'IPPP
ET AUTONOMIE DU PATIENT**

Les deux écueils entre lesquels oscille en permanence le psychiatre sont l'abus d'internement et un laxisme déraisonnable. Dans l'urgence, il se trouve tenaillé entre des positions extrêmes allant du strict respect de la volonté d'un patient refusant l'hospitalisation jusqu'à la non assistance à personne en danger. L'évaluation de la capacité du patient à décider de son devenir et l'évaluation de sa capacité de prise de décision vis-à-vis de lui-même sont très difficiles. Une tension éthique naît des alternatives entre la responsabilité et l'irresponsabilité pénale du patient, entre sa liberté et son enfermement. en milieu hospitalier ou en milieu carcéral. Même dans certaines situations clastiques, il arrive que la maladie psychiatrique n'ait pas trop altéré la capacité de projection dans le futur ni la faculté de

compréhension des thérapeutiques proposées. La volonté et l'autonomie du patient doivent alors être respectées, aussi bien le droit au traitement que celui de refuser le traitement. Le droit au secret est particulièrement important : les réactions de la part des proches et du voisinage sont le plus souvent négatives, de nature à obérer l'insertion sociale du patient, sa quête d'un éventuel emploi. De nombreux patients sont sensibles à la persuasion qui permet de les hospitaliser en service libre. Il est utile de progresser auprès d'eux lentement, par étapes, car les situations psychologiques se modifient parfois aussi vite que certaines urgences vitales, dans le sens de l'amélioration comme dans celui de l'aggravation (205). Si le malade en état de détresse psychique n'est pas en état d'intégrer les perspectives médicales qui lui sont offertes, une hospitalisation sans son consentement s'impose afin de prévenir des drames plutôt que d'intervenir à leur issue.

Chapitre V :**CONTRADICTION ENTRE L'EXISTENCE DE L'IPPP ET LE PRINCIPE DE DESINSTITUTIONNALISATION DES PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX**

Le fonctionnement de l'IPPP est régi par la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, plus particulièrement son article 3. Cette loi n'a modifié que récemment et très superficiellement celle du 30 juin 1838. Elle ne comporte plus le terme « *internement* ».

L'hospitalisation d'office concerne des personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sécurité de personnes. C'est une mesure administrative permettant à la société de se protéger contre les agissements des « *aliénés* ».

Pourquoi existe-t-il une exception parisienne en matière d'hospitalisation d'office ? Sur le reste du territoire national, est prônée la désinstitutionnalisation des malades ou leur hospitalisation dans des locaux ne dépendant pas de la préfecture. La désinstitutionnalisation est amorcée depuis la fin des années 1950. Elle coïncide avec la révolution pharmacologique des neuroleptiques.

L'hospitalisation à l'IPPP ne dure que 24 heures. Cette durée très brève de prise en charge ne permet pas d'approfondir la connaissance de la personnalité du patient. Le psychiatre peut se trouver pris au piège d'une analyse médicale superficielle. Pour évaluer et traiter les patients, il n'a à sa disposition que des symptômes et ne dispose pas du temps nécessaire pour appréhender les sources profondes de leur souffrance morale.

Chapitre VI :**INTERÊT DE LA PSYCHIATRIE DE LIAISON**

Des sujets encore mentalement fragiles, mal intégrés à la collectivité, quittent l'IPPP pour se retrouver à la rue, négligés et pratiquement sans ressources, avec un phénomène indéfini de porte tournante (206) : des séjours itératifs à l'IPPP entrecoupés de périodes en milieu ouvert. Pour intégrer ces personnes soulagées de leur épisode aigu mais encore vulnérables, l'organisation d'un réseau de soutien est insuffisante. Il n'y a pas de pont de transition spécifique entre l'IPPP et la collectivité : le patient désocialisé est souvent livré à lui-même à sa sortie du fait de relations insuffisamment codifiées entre les psychiatres de l'IPPP et leurs collègues libéraux ou exerçant en hôpitaux spécialisés.

Chapitre VII :**L'IPPP, UNE ZONE D'EXCEPTION ?**

Le concept de maladie mentale est pour une part une construction de la société, dont le fondement n'est pas objectif. Les dispositions sociales et les traitements coercitifs qui en découlent constituent une forme d'intolérance. T. S. Szasz (207) parle d'une « *idéologie de l'intolérance tout à fait immorale* ». Le pouvoir psychiatrique a souvent été utilisé à des fins détournées d'un but thérapeutique (208) pour asservir les individus au lieu de les libérer. Les dispositions de la loi du 27 juin 1990 préservent la personne d'un internement abusif par des règles précises que nous rappelons ci-dessous.

VII.1. Dérogation au principe du libre choix du médecin

Nul ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, être hospitalisé dans un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux. Toute personne hospitalisée ou sa famille disposent du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence.

VII.2. Droits du patient hospitalisé

Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement, les restrictions à l'exercice de sa liberté individuelle doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et par la mise en oeuvre du traitement. Elle n'est pas présumée apte à comprendre ce qui lui est proposé ni à faire des choix. Le médecin ne peut lui proposer une conduite entre plusieurs options, mais doit l'imposer. Sa réinsertion doit être recherchée. Elle doit être informée dès l'admission de sa situation juridique et de ses droits. Ses droits sont les suivants : communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 332-2, saisir la commission prévue à l'article L. 332-3, prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix,

consulter le règlement intérieur de l'établissement et se le faire expliquer, émettre ou recevoir des courriers, exercer son droit de vote, se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix. Ces droits, hormis les trois derniers, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.

Selon P. Ricoeur (209) : « *L'intention éthique précède, dans l'ordre du fondement, la notion de loi morale* ». Elle est plus importante qu'une obéissance motivée par le pur respect de la loi elle-même, des normes et des impératifs. Le code d'interdits et de commandements est à intérioriser dans les esprits. Un psychiatre s'estimant entièrement écrasé par le déterminisme cesserait de croire à la liberté de l'autre, ne voudrait pas l'aider à reconquérir cette liberté. N'attendant d'autrui aucun secours, il ne pourrait lui-même aider son prochain. C'est tout l'échange des actes mutuels de délivrance qui s'effondrerait. Tout le négatif de l'interdiction procède de ce positif de la reconnaissance.

Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement, le médecin peut la faire placer sous sauvegarde de justice par décision d'un juge des tutelles. L'article 490-1 du Code civil affirme que « *Les modalités du traitement médical, notamment quant au choix entre l'hospitalisation et les soins à domicile, sont indépendantes du régime de protection appliquée aux intérêts civils de l'aliéné. Réciproquement, le régime applicable aux intérêts civils est indépendant du*

traitement médical. Néanmoins, les décisions par lesquelles le juge des tutelles organise la protection des intérêts civils sont précédées de l'avis du médecin traitant ». Au médecin le choix du traitement médical et au juge des tutelles le choix du traitement juridique. Le médecin traitant est érigé en courroie de transmission entre l'aspect médical, l'aspect familial et l'aspect juridique. Ceci permet au régime juridique d'être évolutif, comme l'état du patient. Aux différences d'altération des facultés mentales, correspond une modulation du traitement juridique. Le préfet doit être informé par le procureur de cette mise sous sauvegarde. Les psychiatres de l'IPPP n'étant pas les médecins traitants habituels de la personne hospitalisée, une telle mesure de sauvegarde est susceptible d'être retardée par une hospitalisation à l'IPPP.

Lorsqu'un mineur atteint de troubles mentaux est hospitalisé sans son consentement, l'hospitalisation ou la sortie sont demandées par les personnes titulaires de l'autorité parentale, par le conseil de famille ou, en l'absence du conseil de famille, par le tuteur avec l'autorisation du juge des tutelles qui se prononce sans délai. En cas de désaccord entre les personnes titulaires de l'autorité parentale, le juge des tutelles statue.

VII.3. Garanties à l'hospitalisation

Dans chaque département, un ou plusieurs établissements sont seuls habilités par le préfet à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux nécessitant une hospitalisation sans leur consentement.

Le règlement intérieur est établi pour chaque établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux, conformément à un règlement concernant cette catégorie d'établissement. Il doit être approuvé par le préfet. Les établissements accueillant des malades atteints de troubles mentaux sont visités sans publicité préalable une fois par semestre par le préfet ou son représentant, le juge d'instance, le Président du tribunal de grande instance ou son délégué, le maire de la commune ou son représentant et, au moins une fois par trimestre, par le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement. Les personnes hospitalisées ou leur conseil peuvent alors porter réclamation auprès de ces autorités qui procèdent, le cas échéant, à toute vérification utile, notamment la bonne application des dispositions des articles L. 326-1, L. 326-2 et L. 326-3. Les autorités signent le registre de l'établissement visité.

Dans chaque département, une commission départementale des hospitalisations psychiatriques est chargée d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes. Elle se compose

d'un psychiatre désigné par le procureur général près la Cour d'appel, d'un magistrat désigné par le Premier Président de la Cour d'appel, d'un psychiatre et d'un représentant d'une organisation représentative des familles de personnes atteintes de troubles mentaux dans ce département. Les membres de cette commission ne peuvent faire état des informations recueillies sur les personnes dont la situation leur a été présentée : ils sont soumis au secret professionnel dans les conditions prévues par l'article 378 du Code pénal. Cette commission est informée de toute hospitalisation sans le consentement du malade, de tout renouvellement et de toute levée d'hospitalisation. Elle dresse un bilan annuel de l'utilisation des procédures d'hospitalisation psychiatrique en urgence envoyé au préfet et au procureur de la République et présenté au conseil départemental de santé mentale. Elle examine la situation des personnes hospitalisées. Le cas échéant, elle saisit le préfet ou le procureur de la République d'une situation et elle propose au Président du tribunal de grande instance d'ordonner la sortie immédiate d'une personne hospitalisée sans son consentement ou retenue dans un établissement défini à l'article L. 331. Les personnels des établissements hospitaliers sont tenus de répondre à toute demande d'informations formulée par la commission.

VII.4. L'hospitalisation d'office à Paris

Le préfet de police de Paris prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office d'une personne dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes. Ce certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade. L'arrêté préfectoral est motivé et énonce avec précision les circonstances ayant rendu l'hospitalisation nécessaire. Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au préfet de police et à la commission départementale des hospitalisations psychiatriques un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement. Ces arrêtés sont inscrits sur un registre.

Le champ des malades mentaux pouvant faire l'objet d'une hospitalisation d'office s'étend à la notion de « *danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique* » et aux « *personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes* ». Les commissaires de police de Paris arrêtent toute mesure provisoire nécessaire, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office. Faute de décision préfectorale, ces mesures

provisoires sont caduques au terme de quarante-huit heures.

Le préfet de police de Paris peut prendre un arrêté provisoire d'hospitalisation d'office à l'égard des personnes relevant d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, dans le cas où leur état mental peut compromettre l'ordre public ou la sûreté de personnes. À défaut de confirmation, cette mesure est caduque au terme de quinze jours.

Lorsque l'autorité judiciaire estime que l'état mental d'une personne ayant bénéficié d'un non-lieu, d'une relaxe ou d'un acquittement en application de l'article 122-1 du nouveau Code pénal pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, elle avise immédiatement le préfet, qui prend sans délai toute mesure utile, et la commission départementale des hospitalisations psychiatriques. L'avis médical doit porter sur l'état actuel du malade.

Il ne peut être mis fin à l'hospitalisation d'office que sur décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le préfet sur une liste établie par le procureur de la République après avis de la direction départementale de l'action sanitaire et sociale de Paris. Ces deux décisions résultant de deux examens séparés et concordants doivent établir que l'intéressé n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui.

Le préfet avise dans les vingt-quatre heures le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement, le maire du domicile et la famille de la personne

hospitalisée de toute hospitalisation d'office, de tout renouvellement et de toute sortie.

VII.5. Un secret professionnel plus difficile à préserver

Lorsque les patients sont évalués comme dangereux pour autrui par les psychiatres, des renseignements confidentiels de nature personnelle ou médicale risquent d'être divulgués à des tiers et aux autorités policières ou judiciaires (210). Cet aspect de la maladie mentale est illustrateur d'une dérogation à l'*ethos* traditionnel de la pratique clinique.

Chapitre VIII :**DISPOSITIONS COMMUNES A L'HOSPITALISATION SUR
DEMANDE D'UN TIERS ET A L'HOSPITALISATION D'OFFICE**

Les personnes qui ont fait l'objet d'une hospitalisation d'office peuvent bénéficier d'aménagement de leurs conditions de traitement sous forme de sorties d'essai, éventuellement au sein d'équipements et de services ne comportant pas d'hospitalisation à temps complet, sous surveillance médicale. Le suivi de la sortie d'essai est assuré par le secteur psychiatrique compétent. La sortie d'essai, son renouvellement ou sa cessation sont décidés par le préfet, sur proposition écrite et motivée d'un psychiatre de l'établissement d'accueil.

Toute personne hospitalisée pour troubles mentaux sans son consentement ou retenue dans un établissement public ou privé peut " à quelque époque que ce soit " se pourvoir par simple requête devant le

Président du tribunal de grande instance du lieu de l'établissement. Cette requête peut également être formulée par son éventuel tuteur si elle est mineure, ses éventuels tuteur ou curateur si elle est majeure, tout parent ou toute personne susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.

Le Président du tribunal de grande instance statue en référé après débat contradictoire. Après les vérifications nécessaires, il ordonne, s'il y a lieu, la sortie immédiate. Il peut également se saisir d'office pour ordonner qu'il soit mis fin à l'hospitalisation sans consentement. Toute personne intéressée peut porter à sa connaissance des informations sur la situation d'un malade hospitalisé.

Chapitre IX :**ASPECTS JURISPRUDENTIELS****IX.1. Jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme**

Les progrès de la recherche en psychiatrie, la souplesse croissante du traitement et une meilleure compréhension des problèmes des patients ont entraîné un changement d'attitude de la communauté européenne envers les maladies mentales. Il n'est plus autorisé de détenir une personne du seul fait que ses idées ou son comportement s'écartent des normes prédominantes dans une société donnée. Pour priver l'intéressé de la liberté, non seulement son aliénation doit être établie de façon probante par une expertise médicale objective, mais encore le trouble doit revêtir une ampleur légitimant l'internement.

L'arrêt Winterwerp/Pays-Bas du 24 octobre 1979 reconnaît aux autorités nationales « *un certain pouvoir discrétionnaire quand elles se prononcent sur l'internement d'un individu comme « aliéné », car il leur incombe au premier chef d'apprécier les preuves produites devant elles dans un cas donné* ». Le droit national est tenu de se conformer à la Convention européenne des droits de l'homme. Les principes généraux de cette Convention énoncent la notion de procédure équitable et adéquate, l'idée que toute mesure privative de liberté doit émaner d'une autorité qualifiée, être exécutée par une telle autorité et ne pas revêtir un caractère arbitraire. Surgissent deux points d'interrogation :

. Le préfet de police est-il une autorité qualifiée en matière d'évaluation de troubles mentaux ?

. Les conditions d'admission à l'IPPP comportent la rédaction d'un procès verbal par un officier de police judiciaire. Ce procès verbal relate le trouble à l'ordre public et les modalités d'interpellation de son auteur. Cette procédure ne revêt-elle pas un caractère plus arbitraire que strictement médical ?

L'arrêt X/Royaume-Uni du 5 novembre 1981 fait prévaloir les impératifs de la protection du public sur la liberté individuelle, au point de légitimer un internement d'urgence ne s'entourant pas des garanties habituelles. Mais il s'élève contre le fait de priver arbitrairement une

personne de sa liberté. Il précise qu'une détention arbitraire ne peut jamais passer pour régulière (*lawful*), indépendamment de sa compatibilité avec le droit interne. Selon l'arrêt Luberti/Italie du 23 février 1983, quand la décision privative de liberté émane d'un organe administratif, l'intéressé a le droit d'en faire vérifier la légalité par un tribunal. L'arrêt Herczegfalvy/Autriche du 24 novembre 1992 exige la conformité de toute privation de liberté avec la protection de l'individu contre l'arbitraire.

IX.2. Jurisprudence du tribunal des conflits

L'arrêt Sieur Machinot/Préfet de police du 6 avril 1946 considère que « *s'il appartient à la justice administrative de connaître de la régularité de la décision administrative par laquelle l'autorité préfectorale ordonne un internement (dans un établissement d'aliénés), l'autorité judiciaire (est seule compétente) pour apprécier la nécessité de cette mesure* » et les conséquences qui peuvent en résulter.

Selon l'arrêt Préfet de la région Ile de France/Préfet de Paris du 7 février 1997 (affaire Menvielle), « *l'autorité judiciaire est compétente pour statuer sur les conséquences dommageables de l'ensemble des irrégularités entachant la mesure de placement d'office* ».

La règle fait figure de norme, c'est-à-dire départage le normal du pathologique. Le « *il faut* » s'impose en tant que règle devenue étrangère à un projet de liberté et même à une intention de reconnaissance de la liberté d'autrui. Ici commence la sévérité de la moralité. Les notions d'impératif et de loi nous font passer de l'éthique à la morale, par le rôle de l'interdiction.

CONCLUSION

Le formalisme en éthique définit la moralité. Mais, selon P. Ricoeur (211), « *L'éthique a une ambition plus vaste, celle de construire les intermédiaires entre la liberté qui est le point de départ et la loi, qui est le point d'arrivée* ».

L'hospitalisation à l'Infirmierie Psychiatrique de la Préfecture de Police de Paris ne suit pas les règles communes de l'hospitalisation d'office. Les psychiatres de l'IPPP sont rémunérés par l'autorité policière dépendant du ministère de l'Intérieur, non par une autorité médicale ou même judiciaire.

Le fait que le patient atteint de troubles mentaux et ayant compromis l'ordre public soit mené dans des locaux dépendant de la préfecture de police peut conduire à son étiquetage abusif lié à l'ignorance de ses caractéristiques individuelles. Ce diagnostic est trop superficiel pour englober

et expliquer toutes les composantes de sa souffrance. La durée extrêmement brève de l'hospitalisation ne permet pas une prise en charge approfondie. L'IPPP constitue une étape de temporisation et d'orientation après un trouble grave à l'ordre public. A l'issue, le patient est dirigé vers l'hôpital spécialisé de son secteur, ou bien regagne les locaux de police si sa garde à vue est prolongée, ou est remis en liberté, sur décision du Procureur de la République, avec obligation de se présenter ultérieurement à une convocation devant une juridiction.

Cette approche clinique (212) applique des protocoles d'orientation et de triage de patients sans relation suivie avec ces derniers. L'IPPP ne dispose pas de consultation. Les patients ne sont donc pas reconvoqués et aucun suivi ne leur est proposé. Il ne peuvent se présenter de leur propre chef ni à la demande de leur médecin traitant. Ainsi s'accroît la tension entre le contrôle initial des patients et l'absence de suivi ultérieur par cette structure. Cette tension était déjà perceptible lors du diagnostic et du pronostic psychiatriques. Elle augmente du fait des conceptions différentes qu'ont le médecin et le policier à propos de la personne atteinte de troubles mentaux. Alors que le médecin s'intéresse à l'être souffrant et à sa réinsertion sociale, l'impératif policier demeure la protection de la société, parfois au détriment de l'individu qui la menace. Selon une visée répressive, la protection de la société passe par l'enfermement de déviants.

Les centres d'accueil et de crise (CAC) au nombre d'une quinzaine à

Paris, permettent aux patients atteints de psychose chronique décompensée de bénéficier d'un séjour hospitalier alternatif. La capacité de tels centres pourrait utilement être développée.

Suivant une démarche éthique clinique, l'établissement d'une convention entre la préfecture de police de Paris et l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris serait souhaitable. Ceci pourrait avoir pour conséquence l'activité de praticiens hospitaliers ou hospitalo-universitaires dépendant de l'Assistance Publique au sein de l'Infirmierie Psychiatrique de la Préfecture de Police, qui deviendrait une structure mixte. Une autre proposition, plus radicale, serait la suppression de cette exception parisienne qu'est l'IPPP et le transfert de son activité aux hôpitaux de secteurs. Leur réseau offre des garanties concernant le suivi médico-social des patients.

Chapitre I :**LE CONCEPT DE SANTE ENVIRONNEMENTALE : LA PRUDENCE
DES SCIENTIFIQUES CONCILIEE AVEC LES INTERÊTS DE LA
POPULATION**

Parmi les points d'interrogation de la santé publique, figurent l'insuffisance de la prévention primaire -éviction des facteurs de risque - et de la prévention secondaire – (213), notamment le dépistage systématique des phénomènes de violence chez les jeunes. La promotion de ces deux modes de prévention relève non seulement du corps médical mais plus encore de l'adhésion de l'ensemble du corps social à une politique de santé communautaire (214).

Jusqu'à la fin des années 1970, la prévention faisait porter l'essentiel de ses moyens sur des nuisances individuelles, comme la délinquance. Des mesures sociales d'accompagnement étaient considérées comme

impopulaires, donc inopportunes. La prévention des nuisances collectives liées à la dégradation de l'environnement se trouvait reléguée au second plan. L'économie primait sur le scientifique, et le scientifique sur la morale sociale.

Depuis les années 1980, la politique de santé publique se fonde sur l'expertise scientifique. La morale sociale encourage la prévention. Elle poufend les apprentis sorciers de la science moderne. Le concept de santé environnementale émerge à travers la prudence des scientifiques et les intérêts de santé de la population. Le principe de précaution étend son champ d'application. D'une certaine façon, ce concept traduit la limite qu'a atteint la transgression des lois naturelles par nos sociétés industrialisées. Il ne considère l'être humain que dans ce qu'il a de plus essentiel. C'est pourquoi les politiques de santé modernes s'efforcent de placer l'homme avant l'économie, au plan de l'expertise scientifique comme au plan de la morale sociale (215).

Chapitre II :**PRATIQUES MEDICALES : UNE VOIE ETROITE ENTRE LA
CONCERTATION ET LA CONTRAINTE PAR VOIE LEGISLATIVE**

Le désir d'approfondir la réflexion sur les pratiques médicales se trouve parfois tempéré par la crainte de déplaire à l'opinion publique (216). La volonté de dégager un consensus social est susceptible d'être contrariée par des groupes d'intérêts socio-professionnels.

Les options régulatrices s'efforcent de concilier les recherches et les applications des nouvelles biotechnologies avec des garanties optimales de sécurité. Il apparaît plus simple de désigner par décret les centres pratiquant les empreintes génétiques qui sont agréés (217) que de décider des finalités au service desquelles ces techniques sophistiquées peuvent être légitimement et licitement utilisées.

Chapitre III :**VERS LA CREATION D'UN PÔLE JUDICIAIRE EXPERIMENTAL DE
SANTÉ PUBLIQUE**

En matière de responsabilité médicale, la nécessité d'une collaboration accrue de la médecine à la justice est apparue aux autorités judiciaires.

Les affaires judiciaires affectant le domaine de la santé publique sont sérielles et complexes. La chronologie des faits est difficile à reconstituer. Elles concernent un grand nombre de plaignants dispersés dans toute la France. Elles ont des implications sanitaires, financières et politiques. Le fait de confier l'instruction de telles affaires à un magistrat unique et non spécialisé a pour effets un étalement dans le temps de la période d'instruction, une majoration du risque de violation des droits de la défense et

d'erreur de procédure, la tentation d'excès de pouvoir de la part du juge d'instruction, son découragement devant le sentiment d'isolement et le retard pris dans le traitement des dizaines d'autres affaires qui lui sont confiées. La contamination par le virus HIV de personnes hémophiles a fait l'objet de plusieurs procédures judiciaires, conduisant les personnes mises en examen devant différentes juridictions : tribunal correctionnel, Cour d'appel, Cour de Justice de la République. L'ensemble de ces dossiers d'instruction représente cent trente quatre tomes. Le 4 juillet 2002, soit dix-sept ans après le maintien de la distribution de produits antihémophiliques non chauffés entre le 1er août et le 1er octobre 1985, neuf ans après le dépôt des premières plaintes et sept ans après la première mise en examen du 28 juillet 1994, la chambre d'instruction de la Cour d'appel de Paris a prononcé un non-lieu général dans le volet de cette affaire concernant des membres de cabinets ministériels. Cette décision ne clôt pas le dossier : le parquet général refuse ce non-lieu, selon le mémoire qu'il a transmis à la Cour de cassation.

Le regroupement de victimes au sein d'associations a permis de mettre en lumière la lenteur ou la disparité du déroulement de l'instruction d'affaires de responsabilité médicale. A partir de 1996, plusieurs associations de malades transfusés ont donc demandé aux pouvoirs publics le regroupement de l'instruction des dossiers les concernant au sein d'une

même structure afin d'accélérer et d'harmoniser le déroulement des procédures d'instruction et d'indemnisation. Puis les associations de victimes de la maladie de Creutzfeld-Jacob et celles des victimes de l'amiante ont effectué la même démarche. Ces affaires sont aussi denses que celles relevant des finances, dont le traitement judiciaire bénéficie déjà d'un pôle financier. Pour l'heure, l'amiante et le versant économique du dossier de « la vache folle » dépendent du parquet financier tandis que le dossier du sang contaminé, celui de l'hormone de croissance contaminée et le volet concernant la contamination humaine du dossier de « la vache folle » sont du ressort du service général qui traite également hold-up, viols, meurtres, incendies criminels, etc.

En juin 2001, le ministère de la Justice a annoncé la création à Paris d'un pôle judiciaire expérimental de santé publique autonome et indépendant. Ce pôle d'instruction spécialisé dans les affaires judiciaires de santé publique et de responsabilité médicale devrait entraîner l'augmentation des moyens mis à la disposition de juges d'instruction spécialisés dans les affaires judiciaires ayant trait à la protection de la santé et de la vie humaine. Un seul parquet serait alors spécialisé dans le domaine de la santé publique. L'amélioration de la clarté et de la transparence de l'instruction devrait permettre de clôturer dans des délais raisonnables l'instruction judiciaire de ces affaires peu nombreuses mais extrêmement complexes. Deux juges

d'instruction sont prévus. Se voyant confié par le parquet des dossiers de santé, ils vont acquérir par expérience, au fil des affaires, une connaissance du monde médical. Ils bénéficieront de greffes supplémentaires et d'assistants spécialisés : un médecin spécialiste de santé publique, un pharmacien et un vétérinaire. Le regroupement des moyens logistiques est de nature à faciliter non seulement les enquêtes et la collaboration avec policiers et gendarmes, mais encore l'impulsion et la coordination des expertises.

Jusqu'à présent aboutissaient plus fréquemment les procédures civiles ou celles portées devant les tribunaux de sécurité sociale visant à l'indemnisation des victimes. Avec la mise en place d'un pôle d'instruction, la multiplication et l'accélération de procédures pénales est prévisible. Cette amplification de la judiciarisation de la médecine n'exclut pas que certaines enquêtes préliminaires puissent favoriser des conciliations, désengorgeant les tribunaux.

En 2002, alors que chaque année meurent près de 2000 personnes des suites directes ou indirectes d'exposition à l'amiante, aucun procureur de la République n'a encore engagé de procédure pénale.

Chapitre IV :**PARTENARIAT MEDECINE-JUSTICE
EN MATIERE CRIMINALISTIQUE**

La génétique moléculaire constitue un outil de médecine prédictive très performant. « *A travers l'étude génétique d'individus et de populations, le danger est grand de ne plus classer seulement les maladies mais également les hommes* », déclare E. S. (entretien n°37). La génétique moléculaire permet d'identifier avec certitude des auteurs d'homicides ou de crimes à connotation sexuelle à partir de leurs traces biologiques, mais cette maîtrise scientifique de la preuve d'agression est susceptible de porter atteinte aux libertés fondamentales des agresseurs présumés (218).

La réalisation d'analyses de haute technologie est devenue un moyen performant d'investigation criminalistique, une aide précieuse à la décision pour les magistrats du Parquet et du Siège. La systématisation du

prélèvement d'analyses génétiques dans un élan scientifique présenterait un danger pour l'individu et une absence de bénéfice pour la société. En cas de refus de prélèvement de la part d'une personne, il ne peut être porté atteinte à son intégrité physique, quelque soit l'importance d'un tel prélèvement pour la détermination de la preuve et la manifestation de la vérité.

Les missions d'ordre éthique imparties au médecin et au biologiste moléculaire sont de trois ordres : participer à l'efficacité du système judiciaire, garantir le respect des libertés individuelles et le respect de la dignité de la personne suspecte, informer les acteurs de la société civile des enjeux éthiques et des applications de la génétique médicale. L'information des membres de la société civile sur les enjeux éthiques de la génétique médicale constitue un nouveau pan de l'éducation à la santé, mené au mieux par des acteurs médicaux (219).

Seuls les généticiens ont la connaissance scientifique et la maîtrise technologique propres à éclairer sur les risques de dérive inhérents à leur discipline (220). Afin d'être mieux comprise de l'ensemble des intervenants, cette triple mission gagnerait à être évoquée en commun par les acteurs médicaux, les policiers et les magistrats.

Chapitre V :**POUR UNE JUSTICE DE PROXIMITE**

L'implantation dans des quartiers difficiles de maisons de justice, encore appelées antennes de justice et du droit, facilite l'instauration d'une justice de proximité. Rendre la justice plus accessible, plus rapide et plus compréhensible nécessite la coordination des différents partenaires de l'intervention judiciaire, le renforcement de la communication entre magistrats, policiers, médecin, associations et travailleurs sociaux.

Les maisons de justice s'efforcent de répondre aux demandes de la population grâce à l'accueil et l'information du public, notamment des victimes, lors de permanences juridiques et associatives. Leur fonctionnement suppose la constitution d'une équipe de professionnels :

- . un chef de juridiction, magistrat responsable la structure ;

- . des magistrats tenant une permanence d'information juridique sur le rappel de la loi et la mise en place des mesures de réparation ;
- . un greffier assurant l'accueil, le secrétariat et le suivi des dossiers ;
- . des travailleurs sociaux qui réalisent des enquêtes rapides, en vue d'une médiation ;
- . un conciliateur qui règle certains litiges par voie de médiation ;
- . un représentant d'une association d'aide aux victimes ;
- . des avocats qui conseillent et orientent dans le cadre de consultations juridiques gratuites ou financées par l'aide judiciaire.

Afin de renforcer leur équipe, certaines maisons de justice et du droit ont développé des activités de services complémentaires : écrivain public, médiation familiale, permanences associatives.

En matière de responsabilité médicale, une telle communication s'avère difficile à mettre en place. Des litiges entre un patient et son médecin ne portant pas sur l'intégrité physique ni psychique de la personne et entraînant exclusivement un préjudice matériel dont le montant est faible pourraient être réglés au sein des maisons de justice, grâce à la médiation d'un conciliateur.

Chapitre VI :**ACCEPTATION D'UN RISQUE PARTAGE
PAR LE MEDECIN ET LE PATIENT**

Les discours dressant un panégyrique de la médecine sont de nature à susciter des espoirs déçus chez de nombreux patients et leurs familles. Le malade est désormais responsable par le fait d'être informé, avec les conséquences qu'il doit en tirer quant à son traitement (221). Cette connaissance partagée du risque conduirait à récuser une demande d'indemnisation qui serait formulée au nom d'une sécurité absolue, de la part d'un patient oubliant qu'il a pu être sauvé grâce à l'effort de la société toute entière. Une information ne visant qu'à défendre davantage le médecin pourrait avoir de graves conséquences, faisant croire à sa protection institutionnelle. Plus la justice demande des comptes aux professionnels de santé, plus le pouvoir médical se défend en érigeant des normes

contraignantes impliquant la personne soumise au traitement. Le consentement fait prendre conscience au patient d'un enjeu : en se soignant il court un risque. En cas de réalisation d'un dommage en relation avec les soins, il ne devra pas reprocher systématiquement ou exclusivement à ses curateurs un préjudice corporel dont il était prévenu.

Des écueils sont à éviter en matière de responsabilité médicale du fait du progrès de la science : une avancée médicale qui engendrerait des risques incontrôlés pour les patients, ou, à l'inverse, un immobilisme de praticiens refusant d'affronter les évolutions technologiques. Le médecin ne doit pas se protéger en se défaussant sur le patient. Ce concept de bouc émissaire agresse le médecin dans ses échecs, guettant la moindre de ses failles (222).

L'acceptation d'un risque partagé par le médecin et le patient et la reconnaissance de sa faute professionnelle par le praticien permettent de prévenir ces écueils. La qualité de la relation soignant-soigné améliore le processus de dévictimation en cas de survenue d'un accident thérapeutique.

Chapitre VII :**UNE PRATIQUE QUI FORGE LA LOI**

La réflexion sur l'ensemble des pratiques médicales implique non seulement médecins et juristes, mais encore hommes d'Etat produisant des lois, philosophes, sociologues, historiens et ethnologues étudiant les mœurs de notre société. L'interdépendance et les rapports de force entre ces acteurs établissent les normes. Dans un domaine aussi sensible que la santé humaine, l'élaboration de normes est un acte politique hautement symbolique des choix de société.

Le débat concernant l'injonction de prélèvement d'empreintes génétiques chez les auteurs d'agression sexuelle, d'homicide ou d'acte de terrorisme ne se restreint pas à la question de savoir si telle forme de criminalité relève de la maladie ou de la déviance sociale. La collaboration médicale s'avère indispensable dans la réalisation de prélèvement

d'empreintes génétiques sur la personne, mais bien plus encore dans la prise en charge des victimes et de leurs agresseurs. A côté de cette interrogation de nature psychiatrique, est posée la question du consentement de la personne à une analyse génétique susceptible de nuire à ses intérêts fondamentaux. De nouvelles biotechnologies permettent de se passer d'un prélèvement effectué directement sur la personne pour réaliser une analyse génétique. Un dépôt de salive sur un verre ou un mégot de cigarette sont désormais suffisants pour réaliser une empreinte génétique (223, 224). La saisie des objets sur lesquels la personne a laissé des fragments de matériel génétique permet aux autorités judiciaires de contourner la question du consentement, dès lors qu'il n'est pas porté atteinte à son intégrité corporelle (225) et qu'elle n'est pas contrainte à fumer une cigarette ni à boire un verre d'eau. Le moyen de défense que peut soulever le suspect est la contestation de ce que l'objet saisi portait bien ses empreintes génétiques. L'autorité judiciaire peut-elle aller jusqu'à provoquer un comportement qui permet un prélèvement à l'insu de celui qui en est à l'origine ?

Les difficultés de légifération en matière médicale sont telles que les normes produites ne peuvent être qu'artificiellement ramenées à la seule volonté du législateur. Ces normes promeuvent des valeurs, et les réduire à leur lettre ferait perdre une grande partie de leur sens. C'est trop demander au droit et à la jurisprudence que de déterminer à eux seuls les valeurs

définissant la place à accorder à la maîtrise des pratiques biomédicales sur l'homme dans notre société. Le législateur tire les conséquences de la pratique médicale et biologique, puis cette pratique nourrit la loi.

Chapitre VIII :**LE RISQUE D'INEFFECTIVITE DES LOIS :
LA LOI DEPASSEE PAR LA SCIENCE**

L'harmonisation européenne est confrontée à la différence des pratiques dans les pays membres. Du fait de la *Common Law* inspirée de Locke, le consentement de la personne aux actes portant sur son corps est nécessaire et suffisant en Grande-Bretagne, sauf dans la mesure où cette liberté se trouve limitée par l'ordre public, l'intérêt public ou les bonnes mœurs. L'utilitarisme tempère ici le libéralisme.

Une autre distinction opérée par la doctrine concerne les cellules permettant la reproduction et les autres éléments du corps humains, et parmi ces derniers, des éléments considérés comme « non nobles », comme les phanères (cheveux, poils, ongles).

Un magistrat (Entretien n° 39) note : « *Le droit a une certaine permanence. (...) L'on n'invente plus rien en droit. Tout –ou presque- a été dit depuis le droit romain. Quand cela est possible, reprenons des notions qui existent, utilisons les avec intelligence. »*

Faut-il accroître la législation en matière médicale ? Une telle initiative marquerait un glissement de la bioéthique au biodroit qui comporte plusieurs inconvénients. Les divergences sur les options à prendre ne sont pas clarifiées par le débat citoyen ni par le débat parlementaire, qui affirme parfois un principe pour autoriser ensuite largement son contraire à travers de nombreuses exceptions. L'existence d'un carcan juridique réduit le degré d'autonomie des chercheurs et des praticiens. La restriction de la liberté des recherches et des pratiques dans un Etat ou sur un continent n'empêche pas leur développement en d'autres points du globe. Le droit est rapidement dépassé non seulement par les avancées de la science, mais encore par les dysharmonies de législations entre les différents Etats, voire au sein d'un même Etat. L'accroissement de la législation en matière médicale comporte un risque d'ineffectivité des lois. Des lois marquées par une trop grande précision technique deviendraient rapidement obsolètes. Des lois trop contraignantes deviendraient rapidement inapplicables.

En cette matière si sensible, un danger serait de légiférer en songeant exclusivement à des situations humaines très précises et douloureuses. Lorsqu'existe un vide juridique quant à certaines recherches et pratiques relatives au corps, les principes du Code civil, interprétés par la jurisprudence, suffisent à statuer sur le plus grand nombre de situations. La prudence commande de ne pas traiter en détail de toutes les questions, de prévoir des verrous contre une dérive dans l'utilisation de la loi, de « *ne chercher à modifier que ce qui peut l'être* » suivant Aristote (226). Le législateur est animé au premier chef par la recherche du bien commun qui passe par l'intérêt collectif, non par des intérêts individuels. A la différence du juge qui traite des personnes, il ne peut se laisser dominer par le sentimentalisme.

Préexistant aux découvertes, la morale est actualisée en présence de faits inédits. Les normes éthiques résultent non d'un vote, mais d'une prise de conscience. Elles ne visent pas à poser un ensemble de contraintes, mais tracent un chemin de liberté. Les votes des parlements produisent des normes juridiques, non des normes éthiques.

Face à la complexité et aux incertitudes d'élaboration de la loi, il apparaît nécessaire d'édicter de manière ferme et dépourvue d'ambiguïté

des principes gouvernant le corps humain saisi par la science. Ils consacrent le rôle des comités de sages, en premier lieu le magistère moral du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Ces textes généraux, écrits par des humanistes et enrichis de l'apport de la jurisprudence, laissent la place à l'interprète essentiel qu'est le juge. Ils sont plus aisés à mettre en œuvre dans un grand nombre d'Etats que des textes trop particuliers, contingents du poids des traditions et du niveau de développement technologique.

En introduction à notre recherche (page 27), nous avons formulé les quatre hypothèses :

. de conflits d'ordre *institutionnel* conduisant le patient à se sentir étranger dans l'univers hospitalier et dans celui de la justice ;

de conflits d'ordre *culturel* liés aux différentes conceptions philosophiques et religieuses de la souffrance ;

. de conflits d'ordre *éthique* soulevés par l'information du malade et les conduites thérapeutiques, à l'origine d'une quête de repères dans les situations médicales difficiles ;

. de conflits d'ordre *psychologique* liés à la relation interpersonnelle médecin-patient.

Ces quatre ordres de conflits sont sources de tensions. La référence à une hiérarchie de valeurs peut déboucher sur une morale de situation, non réfléchie. Au respect de l'autonomie des personnes impliquées dans un acte thérapeutique, peut se substituer le fait de chercher dans la science ou le droit ce qu'ils ne peuvent apporter. La liberté de conscience morale peut être remplacée par un héritage culturel dilué dans l'autoritarisme du scientisme ou du traditionalisme (227). Ces tensions ont en commun la dilution des limites de l'humain, le fait d'oublier que la finalité de la médecine est de **soigner des personnes**.

Nos 44 entretiens guidés à questions ouvertes font émerger l'importance du dialogue en réponse à ces conflits : dialogue particulier entre le médecin et patient, dialogue plus général entre le monde du droit et le monde de la santé (228).

Sur le plan psychologique, le dialogue lentement construit entre le patient et son médecin est irremplaçable. Lorsqu'est menacé le pronostic vital d'une personne qui refuse d'entrevoir la perspective du trépas, le moyen de préserver une mince flamme d'espoir est de laisser dans l'ombre certaines zones diagnostiques, selon P. Godeau (229), en dépit du modèle nord-américain de consentement qualifié par D. Weisstub d'« *effroyablement contractuel* » (230). La transparence de l'information équivaldrait à la clarté

aveuglante d'une condamnation à mort. Le fait de légiférer ne peut résoudre un tel dilemme. Par-delà le libre accès du patient au dossier médical, le but à atteindre est la prise de conscience partagée du malade et du médecin qu'un contrat de confiance est le meilleur garant de la qualité des soins. Cette confiance réciproque apaise au mieux les tensions en contribuant à dédramatiser les évolutions pathologiques défavorables.

Du fait de l'intrication entre les troubles somatiques et psychiques, des projets thérapeutiques novateurs visent à intégrer le médical, le psychologique et le social. Le dialogue personnel du médecin avec son patient n'occulte pas une vision plus vaste des relations sociales.

Afin d'éviter que des contre-pouvoirs ne cristallisent les tensions sur le plan institutionnel, un partage harmonieux des responsabilités entre citoyens, usagers du système de santé, État et professionnels de santé est recherché. Ce dialogue revêt différentes formes : la représentation des associations de malades dans certaines instances -commissions de conciliation dans les hôpitaux, conférences régionales et nationale de la santé, organismes publics comme l'ANAES créée par l'ordonnance n°6.346 du 24 avril 1996-, la formation des usagers, l'organisation de débats nationaux ou locaux, les procédures de médiation dans les établissements grâce aux commissions de conciliation, le traitement systématique des plaintes. Pour être représentatives, les associations d'usagers justifient une activité effective et

publique, font la preuve de leur indépendance et disposent d'un nombre minimal d'adhérents. Issue de la société civile, la démarche associative est, par essence, une démarche collective et organisée visant à informer et à former les usagers. En ce sens, elle constitue une articulation stratégique entre les médecins et la cité (231).

La représentation plus forte des usagers regroupés sous forme associative est de nature à freiner une dérive judiciaire : l'instauration d'une démarche de confiance entre soignants et malades brise le cercle vicieux de la recherche en responsabilité. La participation des usagers dans le système de santé permet également de promouvoir l'amélioration de la qualité des soins.

Le droit médical constate son incapacité à trouver seul des solutions acceptables à la fois pour la gestion des cas individuels et pour l'organisation juridique en général. Il s'appuie sur l'éthique dans la recherche de solutions ponctuelles et dans l'élaboration d'une grille de règles suffisamment souples pour éviter l'absolutisme imparfait et trop tranché de solutions purement légalistes (232).

Le droit reste cependant le mode ultime de régulation des conflits. Au moment socialement propice et politiquement opportun, le législateur trace les grandes lignes que la science et la technologie doivent suivre en relation

avec la société. C'est par la voie législative que l'exercice démocratique intègre les problèmes complexes : la légifération est à la fois un mode de régulation sociale et un langage d'universalisation. Cet impératif législatif est souvent le moyen radical de prévenir ou de mettre fin à des dérives éthiques. La France, l'Espagne, le Portugal, le Québec avec son Code civil ont pris une avance dans la traduction législative du discours bioéthique, notamment par rapport aux Etats-Unis.

La judiciarisation de la médecine préserve deux fondements : le respect de la dignité de la personne et le respect de son autonomie. Ce plus petit commun dénominateur éthique s'impose de manière indiscutable, comme une norme indépassable mais évolutive. En reconnaissant le respect de la dignité de la personne comme principe fondamental, la judiciarisation de la médecine dépasse les particularismes socio-culturels et la diversité des sensibilités individuelles (233). Elle fait progresser l'application des droits universels. En utilisant des normes applicables au recueil du consentement des malades, elle donne au concept d'autonomie une dimension nouvelle. Elle ouvre un débat citoyen sur les exigences de solidarité sociale et de responsabilité collective face à la maladie, dans une aspiration à mieux vivre ensemble qui suppose de mieux se comprendre (234). Pour mieux se comprendre, il faut apprendre la langue de l'autre, parfois inventer un

langage commun. Ce débat éthique préfigure le débat politique entre le légal et l'illégal, ne conservant que ce qui reste après avoir écarté ce qui divise.

Un partenariat avec la justice est non seulement possible mais encore souhaitable, si le malade demeure au centre des préoccupations des intervenants. Ce partenariat suppose une interdisciplinarité (235). Le dialogue de la relation singulière avec le patient ou de la discussion critique avec les juristes exige les mêmes attitudes fondamentales : l'écoute, le respect des grands interdits en leur sens symboliques : l'homicide – négation de l'existence de l'autre- et l'inceste. Il est favorisé par un langage commun qui établit la confiance, par la création de tiers-jeux langagiers (236). J. F. Malherbe a montré que dialogue et éthique sont intimement liés, dans la mesure où le dialogue est une co-élaboration de sens. La nécessité de promouvoir une éthique dialogique, expression particulière de l'éthique appliquée, découle des enjeux de la judiciarisation de la médecine, et leur donne du sens. Il reste à inventer la manière d'y former les médecins. A travers nos entretiens, les médecins apparaissent sur la défensive, alors que les juristes sont préparés à l'échange.

La législation en matière de bioéthique met en confrontation la liberté individuelle avec l'intérêt de la société. Le positivisme scientifique propose une image corporelle idéale. Le positivisme juridique enferme la liberté dans

un subjectivisme qui n'est pas passé par l'épreuve de l'altérité. Plutôt que d'attendre du progrès scientifique la correction de corps désespérément imparfaits, le droit et la médecine s'allient pour conjurer toute violence normalisatrice. L'une et l'autre disciplines invitent les humains à se déprendre de leurs rêves de toute puissance et d'immortalité, à se réconcilier avec la plénitude symbolique qu'ils portent en eux-mêmes, dans l'humilité de leur corps.

1- DURAND G

Introduction générale à la bioéthique : histoire, concepts et outils
Montréal, Fides, 1999, 116

2- MALHERBE J-F

Qu'est-ce que l'éthique appliquée ?

Conférence inaugurale chaire d'éthique appliquée, Université de Sherbrooke, octobre 1999

3- CHANGEUX J-P

Fondements naturels de l'éthique
Paris, Odile Jacob, 1993, 32

4- BERGSON H

Matière et mémoire

In : Œuvres, Edition du Centenaire
Paris, PUF, 1963, 161-166

5- FERRY J M

Habermas, l'éthique de la communication
Paris, PUF, 1987, 54-58

6- APPEL K O

Ethique de la discussion

Paris, Cerf Humanités, 1994, 25-32

7- WILLIAMS B

L'éthique et les limites de la philosophie

Paris, Gallimard, 1994, 76

8- APPEL K O

L'éthique à l'âge de la Science

Lille, PU de Lille, 1987, 46-54

9- JONAS H

Le principe de responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique

Paris, Cerf, 1990, 78

10- FRIED Ch

Medical experimentation. Personal integrity and social policy

North Holland Publishing Cie, 1974, 103

- 11- FOLSCHEID D, FEUILLE LE MINTIER B, MATTEI J-F
Philosophie, éthique et droit de la médecine
 Paris, PUF, 1997, 56-57
- 12- SPINOZA
Ethique
 Paris, Gallimard, NRF coll. Idées, 1954, 28
- 13- FEINSTEIN A R
 An additional basic science for clinical medicine.
 I)The constraining fundamental paradigms
*Ann. Int. Med.*1983,99, 393-397
- 14- FAGOT-LARGEAULT A
Normalité biologique et normativité sociale
 In : Fondements Naturels de l'Ethique, sous la direction de J.P. CHANGEUX
 Paris, Odile Jacob, 1993, 191-225
- 15- Rapport du Conseil d'Etat (dit «Rapport Braibant »)
Sciences de la vie. De l'éthique au droit
 Paris, Documentation française, 1988, n°4855
- 16- Loi n°94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain
J O, 30.7.94, 11056-9.
- 17- BOITTE P
Ethique, justice et santé
 Montréal, Artel-Fides, Catalyses, 1995, 78
- 18- *Ibid.*, 82
- 19- RICOEUR P
Le Juste
 Paris, Esprit, 1995, 68-70
- 20- FERRY J M
Les puissances de l'expérience
 Paris, Cerf, 1991, vol. 2, 55
- 21- ROUSSEAU J-J
Le contrat social
 Paris, Garnier-Flammarion, 1966, 160-162
- 22- QUIVY R, CAMPENHOUDT L
Manuel de recherche en sciences sociales
 Paris, Dunod, 1988, 74-80

- 23- EMMANUELLI X
L'homme n'est pas la mesure de l'homme
 Paris, Presses de la Renaissance, 1998, 182-188
- 24- BARDIN L
L'analyse de contenu
 Paris, PUF, 1983, 10-14
- 25- RICOEUR P
 La prise de décision judiciaire et médicale. Le juste et l'éthique médicale
Méd. & Droit 1999 ; 35 :1-3
- 26- GADAMER H-G
Philosophie de la santé
 Paris, Grasset-Mollat, 1998, 42-44
- 27- RICOEUR P
De l'interprétation
 Paris, Seuil, 1965, 18-24
- 28- BLANCHET A, GOTMAN A
L'enquête et ses méthodes : l'entretien
 Paris, Nathan université, Sociologie 128, 1992, 27
- 29- DESLAURIERS J-P
Recherche qualitative : guide d'analyse
 Montréal, McGraw-Hill, 1991, n°62, 16-18
- 30- Loi Huriet n°88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales
J O, 22.12.88.
- 31- BECOUR B
L'injonction de prélèvement d'empreintes génétiques chez les auteurs d'agression sexuelle : analyse des moyens situationnels mis en œuvre
 Mémoire pour le DEA d'Éthique Médicale et Biologique, Paris V, septembre 1999
- 32- BECOUR B, MENINGAUD J P, MOUTEL G, DIAMANT-BERGER O, HERVE C
 La pratique de la médecine peut-elle être ambiguë ? Le cas de l'injonction de prélèvement d'empreintes génétiques chez les auteurs d'agression sexuelle
Press. Méd. 2002 (sous presse)
- 33- VICHNIEVSKY L, FOLLEROU J
Sans instructions
 Paris, Stock, 2002, 133

- 34- MATTEI J-F
Les droits de la vie
Paris, Odile Jacob, 1996,168
- 35- *Ibid.*, 172
- 36- *Bull. Acad. Natle Méd.*, 1998, 182, n°3, 7-17
- 37- SARGOS P
La doctrine de la Cour de cassation en matière d'infection nosocomiale. De l'exigence d'une asepsie parfaite à la présomption de responsabilité
Méd & Droit 1999 ; 35 :4-8
- 38- Cass. Civ. I, 16 juin 1998 : *Bull. civ. I*, n° 210
- 39- SARGOS P, *op. cit.*, 4-8
- 40- HOERNI B
L'information en médecine
Paris, Masson, 1994, 36
- 41- RICOEUR P
La mémoire, l'histoire, l'oubli
Paris, Seuil, 2000, 204
- 42- HEGEL F
Phénoménologie de l'esprit, vol. 2
Paris, Aubier, 1991, 25
- 43- KANT E
Critique de la raison pratique
Paris, Gallimard, Folio/Essais, 1985
- 44- CICERON
Traité des devoirs
Paris, Pléiade, Gallimard, 1962, 24-28
- 45- SCHOPENHAUER A
Le Monde comme volonté et comme représentation
Paris, PUF, 1998, 104-108
- 46- MONTAIGNE M
Essais, Livre I, chap. XXIII, « De la coustume »
Paris, Garnier, 1962,120
- 47- RICOEUR P
Lectures I : Autour du politique « Ethique et morale »
Paris, Seuil, 1991, 206

- 48- QUERE F
L'éthique et la vie
Paris, Odile Jacob, coll. Le Point, 1991, 74
- 49- HOERNI B
Ethique et déontologie médicale
Paris, Masson, 1996, 62
- 50- RAMEIX S
Fondements philosophiques de l'éthique médicale
Paris, Ellipses, coll. Sciences Humaines en Médecine, 1996, 86-94
- 51- DWORKIN R
Le rôle politique des juges et l'autorité de la loi
In : Une question de principe
Paris, PUF, 1996, 14 -16
- 52- PLATON
Les Lois
In : Œuvres complètes, t. II
Paris, Pléiade, Gallimard, 1950, 78-84
- 53- BESSONE M
La justice
Paris, GF Flammarion, Corpus, 2000, 193-199
- 54- GLORION B
Quelle médecine au XXIe siècle ?
Paris, Plon, 2000, 112
- 55- PORTES L
A la recherche d'une éthique médicale
Paris, Masson, 1954, 56
- 56- HABERMAS J
La technique et la science comme " idéologie "
Paris, Gallimard, 1973, 72-77
- 57- HERVE C
Fondements d'une réflexion éthique managériale de santé
Paris, L'Harmattan, 1996, 32
- 58- HERVE C
Une responsabilité de santé publique ?
Paris, L'Harmattan, 1999, 42-52

- 59- Organisation Mondiale de la Santé
Alma-Ata 1978 : les soins de santé primaires
Genève, OMS, 1978, 76
- 60- *Ibid.*, 82
- 61- HERVE C
Ethique, politique et santé
Paris, PUF, 2000, 62-68
- 62- TORRELLI M
Le médecin et les droits de l'homme
Paris, Berger-Levrault, 1983, 84
- 63- MINKOWSKI A
Le mandarin aux pieds nus
Paris, Seuil, 1975, 188
- 64- Organisation Mondiale de la Santé
Alma-Ata 1978 : les soins de santé primaires
op. cit., 72
- 65- Assemblée Générale des Nations-Unies
Déclaration universelle des droits de l'homme, préambule
New-York, ONU, 10 décembre 1948
- 66- CCNE
Recherche biomédicale et respect de la personne humaine
Paris, Documentation française, 1987
- 67- JONAS H
Le principe de responsabilité
op. cit., 64
- 68- SEVE L
Hans Jonas et l'éthique de la responsabilité
Esprit 1990 Oct. 165, 72-88
- 69- Organisation Mondiale de la Santé
Alma-Ata 1978 : les soins de santé primaires
op. cit., 66
- 70- Rapport parlementaire d'information, Sérusclat F
Les sciences de la vie et les droits de l'homme : bouleversement sans contrôle ou législation à la française
Paris, Assemblée Nationale, 1992, n°2588

71- GRAVEN J

Une tâche urgente : l'élaboration systématique et la codification du droit médical
Annales de droit international médical, Monaco, n°1, 22

72- HOERNI B

Pourquoi un nouveau Code de déontologie ?
Rev. Prat. 1996 ;46 :270-1

73- TORRELLI M

Le médecin et les droits de l'homme
Paris, Berger-Levrault, 1983, 56

74- SAFJAN M

Le droit au regard des conflits de valeurs nés de l'application des biotechnologies modernes.

In : *La bioéthique : un langage pour mieux se comprendre ?*
Paris, ESKA, 2000, 81-94

75- FUCHS E

Comment faire pour bien faire ?
Le champ éthique n°28, Labor et fides, 1995, 46-52

76- Rapport au Premier Ministre (dit « Rapport Lenoir »), Lenoir N

I. Aux frontières de la vie : une éthique biomédicale à la française
Paris, Documentation française, 1991

77- HOFFMAN N

Ethical considerations and quality of life
Cardiovasc. Clin. 1992,22,2,243-251

78- JONAS H

Philosophical essays. From ancient creed to technological man Englewoods Cliff
New Jersey Prentice Hall, 1974, 3

79-HABERMAS J

De l'éthique de la discussion
Paris, Cerf, 1992, 64-68

80- MOSCOVICI S, DOISE W

Dissension et consensus. Une théorie générale des décisions collectives
Paris, PUF, 1992, 38-43

81- HERVE C

Éthique médicale ou bioéthique ?
Paris, L'Harmattan, 1997, 139-158

82- DURAND G

op. cit., 34

83- MALHERBE J-F

La conscience en liberté. Apprentissage de l'éthique et création de consensus
Montréal, Fides, 1997, 12-16

84- EDDY D M

Clinical decision making : from theory to practice. Cost effectiveness analysis. Is it up to the task ?
JAMA 1992 june. 24, 267, 24, 3342-3348

85- BALINT M

Le médecin, son malade et la maladie
Paris, Payot, 1996, 37-43

86- CANGUILHEM G

Le Normal et le Pathologique
Paris, PUF, 1998, 7^e éd, 122-125

87- KELLER P-H, PIERRET J

Qu'est-ce que soigner ?
Paris, Syros, 2000, 135-142

88- RICOEUR P

Soi-même comme un autre
Paris, Seuil, L'ordre philosophique, 1996, 225

89- GERARD J-P, ROMESTAING P, MARQUIS I, WAGNER J-P, MAILLOT M H,
BUATOIS I, BOHAS C

Evaluation des conséquences de la signature d'un consentement écrit sur la relation médecin-malade. A propos de la loi Huriet
*Bull. Cancer.*1992,79(7), 667-674

90- BACON F

Novum Organum (1620)

91- RICOEUR P

La souffrance n'est pas la douleur
*Psy. Fr.*1992 Juin. 18-20

92- HABERMAS J

Morale et communication. Conscience morale et activité communicationnelle
Paris, Cerf, 1991, 36-52

93- DE GEOFFROY P

De la souffrance à la pitié ou le soignant déchiré
Thèse Méd., Tours, 1990

94- Comité consultatif national d'éthique des sciences de la vie et de la santé
Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie
Rapport et recommandations n° 63, 27.1.00, *Cahiers du CCNE*, 2000.

95- MILL J S
L'utilitarisme
Paris, Alcan, 1989, 42-46

96- DOISE W, DESCHAMPS J-C, MOGNY G
Psychologie sociale expérimentale
Paris, A. Colin, 1978, 48-51

97- HOERNI B
L'autonomie en médecine. Nouvelles relations entre les personnes malades et les personnes soignantes
Paris, Payot, Bibliothèque scientifique, 1991, 12-16

98- CAPELL A
Médecine générale et cultures différentes : contribution de l'anthropologie médicale à l'exercice du généraliste
Thèse Méd. Gén., Angers, 1995

99- PLOURDE S
E Levinas, altérité et responsabilité
Paris, Cerf, Coll. La nuit Surveillée, 1996, 84

100- GIRARD R
La Violence et le Sacré
Paris, Grasset, 1972, 32-38

101- FERRY L
L'homme Dieu ou le sens de la vie
Paris, Grasset, 1996, 86-95

102- MAYER R, QUELLET F
Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux
Montréal, Gaëtan Morin Editeur, 1991, 309

103- RENE L
Le défi bioéthique
Autrement, Série Mutation 1991 Mar. 120, 177-183

104- RICOEUR P
La Personne
XXIIIe Congrès international de Droit et de Santé Mentale
Paris, 28 et 29 juin 1998

- 105- EDEL A
Ethical Judgment : The Use of Science in Ethics
London, Collier-MacMillan Ltd, 1955
- 106- RICOEUR P
La prise de décision judiciaire et médicale. Le juste et l'éthique médicale
Méd. & Droit 1999 ; 35 :1-3.
- 107- RICOEUR P
Le Juste
op. cit.,187
- 108- KANT E
Critique de la faculté de juger
Paris, Gallimard, Folio/Essais, 1985, 56-57
- 109- DUBOST J
L'intervention psychosociale
Paris, PUF, 1987, 127-147
- 110- Loi n°94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain
J O, 30.7.94, 11056-9.
- 111- The National Commission for the Protection of Human Subject of Biomedical and Behavioral Research
The Belmont Report, 1978
trad. in : *Cahiers de Bioéthique*, Québec, Pr. Un. de Laval, 1982, n°4, 233-250.
- 112- Charte du patient hospitalisé
Annexe à la circulaire ministérielle du 6 mai 1995, n°95-22
- 113- MALHERBE J-F
Autonomie et prévention
Montréal, Artel-Fides, Catalyses,1994, 157-158
- 114- MALHERBE J-F
L'apprentissage de l'éthique
Conférence DEA Laboratoire d'éthique médicale et de santé publique Université Paris V, 1997
- 115- Code de déontologie médicale
Préface P Ricoeur
Paris, Seuil, 1996
- 116- Cass. Civ. I, 9 juin 1998 : *Bull. civ. I*

- 117- HOERNI B
 Pourquoi un nouveau Code de déontologie ?
Rev. Prat. 1996 ;46 :270-1
- 118- COMTE-SPONVILLE A.
 Automédication
Impact Médecin Hebdo 14.1.00 ; 475 : 114
- 119- CADORE B
L'expérience bioéthique de la responsabilité
 Montréal, Artel-Fides, 1994, 138-139
- 120-GOUBERT J-P
Initiation à une nouvelle histoire de la médecine
 Paris, Ellipses, coll Sciences Humaines en Médecine, 1998, 58-64
- 121- ESPER C
 Non à une médecine dans les prétoires !
Bull. de l'Ordre des Médecins, 2001, n°5, 16
- 122- KANT E
Critique de la raison pure
 Paris, Gallimard, Folio/Essais, 1985, 62-65
- 123- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
J O, 5.3.02.
- 124- RICOEUR P
Philosophie de la Volonté : I. Volontaire et involontaire, II. Finitude et culpabilité
 Paris, Aubier, 1988, 16-23
- 125- Rapport du Conseil d'Etat
Valeurs et limites du principe de précaution
 Paris, Documentation française, 1998
- 126- *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2000, 184, n°5, 869-993
- 127- EWALD F
 La précaution, une responsabilité de l'Etat
Le Monde, 11.3.00,19
- 128- Rapport du Conseil d'Etat
Valeurs et limites du principe de précaution
 Paris, Documentation française, 1998, 14-21

129- HERVE C

« Je préfère le principe de vigilance au principe de précaution. »
Usine Nouvelle hors série juin 2000, 18

130- DOWNIE R S, CALMAN K C

Healthy respect : ethics in health care
 Oxford, Oxford University Press, 1994, 52-54

131- RAWLS J

Théorie de la justice
 Paris, Seuil, 1987,38-39

132- MANN J

Santé publique et droits de l'homme
 Espace éthique de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 1997, 17

133- Rapport au Premier Ministre (dit « Rapport Mattéi »), Mattéi J-F

La vie en questions : pour une éthique biomédicale
 Paris, Documentation française, coll. des Rapports officiels,1994

134- Loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille
 sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme
J O, 2.7.98.

135- Décret n°94-604 du 19 juillet 1994

J O, 20.7.94.

136- LAZARUS A

A propos de santé publique : éthique et droit de la personne
Sante Publ 1998 ;10 :251-5.

137- Code de déontologie médicale, article 35

Préface P Ricoeur
 Paris, Seuil, 1996, 105-110

138- MALHERBE J-F

Compromis, dilemmes et paradoxes en éthique clinique
 Montréal, Artel-Fides, Catalyses,1999, 24-26

139- LEVINAS E

Altérité et transcendance
 Montpellier, Fata Morgana, 1995, 41-45

140- LEVINAS E

Éthique comme philosophie première
 Paris, Payot, Rivages poche/Petite bibliothèque,1998, n°254, 43-52

141- RICOEUR P

Emmanuel LEVINAS penseur du témoignage

In : Répondre d'autrui

Neufchâtel, La Baconnière, 1989, 17-40

142- JECKER NS, EMANUEL L

Are acting and omitting morally equivalent ? A reappraisal

J. Am. Geriatr. Soc. 1995 Jun., 43,6, 696-701

143- ROCHANT H

La commission de conciliation

Méd Leg & Société 2001 ; 4 : 1 - 26-8

144- MALHERBE J-F

Pour une éthique de la médecine

Montréal, Ed. Ciaco, Catalyses, 1990, 46-61

145- EWALD F

Le problème français des accidents thérapeutiques, enjeux et solutions

JIM 1997, 255 ; 234-235

146- LEVINAS E

Philosophie, Justice et Amour

Paris, Livre de poche, biblio essais, 1991, 114

147-MEMMI D

Les gardiens du corps

Paris, Ed de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, 1996, 7-12

148- Loi n°94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain

J O, 30.7.94, 11056-9.

149- WEBER M

Le Savant et le Politique

Paris, Plon, UGE, 10/18, 1959, 68

150- CADORE B

Les missions de la médecine

Conférence DEA Laboratoire d'éthique médicale et de santé publique Université

Paris V, 1994,8

151- FORTIN P

Les enjeux éthiques de la réforme des services de santé au Québec

Séminaire franco-québécois, Laboratoire d'Ethique Médicale, Paris V, mars 2001

152- BRAUMAN R

Utopies sanitaires

Paris, Le Pommier, 2000, 62-74

153- MANN J

Santé publique et droits de l'homme

Espace éthique de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 1997, 17

154- APPELBAUM P, LIDZ C, MEISEL A

Informed consent. Legal theory and medical practice

Oxford, Oxford University Press, 1987, 36-48

155- Empreintes génétiques

Dictionnaire Permanent Bioéthique et Biotechnologies 1996 Nov. 12, 839-46

156- Loi Huriet n°88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales

J O, 22.12.88.

157- Loi n°94-548 du 1er juillet 1994 relative au traitement de données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé

J O, 2.7.94, 9559-60.

158- Comité Consultatif National d'Ethique

Avis relatif à la diffusion des techniques d'identification par analyse de l'ADN (techniques des empreintes génétiques). 15 décembre 1989.

In : Comité Consultatif National d'Ethique, Xe Anniversaire. Les avis de 1983 à 1993. Paris, CCNE-INSERM, 1993, 368 p

159- Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé

Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin et de recherche

Rapport et recommandations n° 58, 12.6.98, *Cahiers du CCNE* n° 17, 1998.

160- Loi n°94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain

J O, 30.7.94, 11056-9.

161- GALLOUX JC

L'empreinte génétique : la preuve parfaite

La semaine juridique 1991 ; 12 : 104-10

162- BECOUR B, QUESTEL F, DIAMANT-BERGER O

La prise en charge médicale relationnelle et somatique des personnes en garde à vue : aspects actuels

J Méd Leg & Droit Méd 1999 Mar ; 42,2 :151-155

- 163- DIAMANT-BERGER O, LEPORC P, BECOUR B, DO QUANG L
L'examen médical des sujets en privation de liberté (GAV)
 11 World Congress on Medical Law
 Sun City, South Africa, 28 July-1 August 1996. Proceedings vol.1, 247-253
- 164- THEWES J, FITZGERALD D, SULMASY DP
 Informed consent in emergency medicine : ethics under fire.
Emerg. Med. Clin. North Am. 1996 Feb. 14,1,245-254
- 165- BECOUR B, DAUCHY S
 Comportements autoagressifs chez un sujet en situation de rétention
 administrative : le rôle du médecin
Méd Leg Hosp 1998 Dec ; 1,6 :118
- 166- BECOUR B, DAUCHY S
 Comportements suicidaires et automutilatoires en situation de rétention
 administrative
J Méd Leg & Droit Méd 1999 Mar ; 42,2 :133-140
- 167- KOESLER A
Le zéro et l'infini
 Paris, livre de poche, 1994, 78
- 168- Code de procédure pénale, article 63-3
 Paris, Dalloz, 2001
- 169- BECOUR B
*L'injonction de prélèvement d'empreintes génétiques chez les auteurs d'agression
 sexuelle : analyse des moyens situationnels mis en œuvre*
 Mémoire pour le DEA d'Ethique Médicale et Biologique, Paris V, 1999
- 170- THOMPSON WC, FORD S
 Is DNA fingerprinting ready for the Courts ?
New Scientist 1990 Mar. 31, 38-43
- 171- BYK C
Bioéthique et Convention européenne des Droits de l'homme
 In : La Convention européenne des Droits de l'homme
 Economica, 1995, 101 et seq.
- 172- MILL J S
L'utilitarisme
op. cit., 58
- 173- Loi n°94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain
J O, 30.7.94, 11056-9.

174- GALLOUX JC

op. cit., 105-6

175- HIBBS M

Applications of DNA fingerprinting – truth will out

New Law J 1989 ; 619-21.

176. COLLIGNON N, DIAMANT-BERGER O

Le consentement aux empreintes génétiques en matière pénale

Méd & Droit 2000 ; 40: 5-8.

177- DOUTREMEPUICH C

Les empreintes génétiques en pratique judiciaire

Paris, Documentation française, IHESI, 1998, 38

178- Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé

Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin et de recherche

Rapport et recommandations n° 58, 12.6.98, *Cahiers du CCNE* n° 17, 1998.

179- Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

J O, 7.1.78, 227-31.

180- TAK JP, VAN EIKEMA HOMMES G

Le test ADN et la procédure pénale en Europe

Rev. Sc. Crim. 1993 Oct-Dec. 4, 679

181- ROBERT M

Le fichier national automatisé des empreintes génétiques

Méd & Droit 1999 ; 34

182- Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

J O, 7.1.78, 227-31

183- Décret n°97-109 relatif aux conditions d'agrément des personnes habilitées à procéder à des identifications par empreintes génétiques dans le cadre d'une procédure pénale

J O, 6.2.97.

184- MOUTEL G, de MONTGOLFIER S, DURLACH V, LEUTENEGGER M, ADNET J-J, HERVE C

Gestion des biothèques : analyse des enjeux éthiques

Press. Méd. 1999 ; 28, 3: 135-9

185- SICARD D, entretien avec Gérard Haddad
Hippocrate et le scanner
 Paris, Desclée de Brouwer, coll. Esculape, 1999, 39

186- GIRARD R
La Violence et le Sacré
op. cit., 66

187- PARIZEAU M-H
Une éthique de la recherche avec des sujets humains est-elle encore possible ?
In: Ethique de la recherche et éthique clinique. Hervé C eds L'Harmattan 1998 ;
 227-41

188- HERVE C
Ethique, politique et santé
op. cit., 32-34

189- Décret n°97-109 relatif aux conditions d'agrément des personnes habilitées
 à procéder à des identifications par empreintes génétiques dans le cadre d'une
 procédure pénale
J O, 6.2.97

190- Commission Justice pénale et droits de l'homme
Rapports sur la mise en état des affaires pénales, juin 1990
 Paris, Documentation française, 1991, 34-56

191- NEIRINCK C
De la bioéthique au bio-droit
 Paris, LGDJ, Droit et société, 1994, 8

192- TROISIER S
 Médecine pénitentiaire et droits de l'homme
Bull. Acad. Natle Méd., 1993, 177, n°6, 999-1012

193- PARIZEAU M-H
op. cit., 228-39

194- KEYSER-TRACQUI C, TRACQUI A, LUDES B
 Identification génétique en médecine légale : évolution et perspectives
J Méd Leg & Droit Méd 2001; 44,7-8 :578-581

195- RICOEUR P
Du texte à l'action. Essais d'herméneutique II
 Paris, Seuil, coll. Esprit, 1986, 66-74

196- FULFORD W

The concept of disease

In : Psychiatric Ethics, BLOCH S, CHODOFF P

Oxford, Oxford University Press, 1991, 77-99

197- American Psychiatric Association

Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM-IV

Paris, Masson, 1996, 384 p

198- Organisation Mondiale de la Santé

CIM 10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche

Genève, OMS, 1994, 248 p

199- TOWNSEND J M

Psychiatric diagnosis : scientific classification and social control

In : Divergent views in psychiatry, DONGIER M, WITTKOWER E D

Hagerstown, Maryland, Harper & Row, 1981, 23-45

200- KRESS J-J

Le psychiatre devant la souffrance

Psy. Fr. 1992 Mai.19-22

201- MARC-AURELE

Pensées

Paris, Garnier Flammarion, 1964, 56-58

202- GODFRYD M

Textes de droit de la psychiatrie

Paris, 102 –119

203- BASSUK E L, GERSON S

Deinstitutionalization and Mental Health Services

Scientific American, 1978, 238 :46-53

204- DICKENS B M

Legal issues in medical management of violent and threatening patients

Canadian Journal of Psychiatry, 1986, 772-780

205- GUILLIBERT E, LOUVILLE P

Les problèmes de l'hospitalisation psychiatrique

In : Ethique et pratique médicale, DURAND H, BICLET PH, HERVE C

Paris, Doin-AP.HP, 1995, 51-54

206- BAZELON D L

Foreword

In : *Insanity inside out*, DONALDSON K

New-York, Crown Publishers, 1976, VIII-XII

- 207- SZASZ T S
The myth of mental illness. Foundations of a theory of personal conduct
 New-York, Harper & Row, 1974, 25-33
- 208- ROBITSCHER J
The powers of psychiatry
 Boston, Houghton Mifflin, 1980, 39-41
- 209- RICOEUR P
Avant la loi morale : l'éthique
 Paris, Encyclopaedia universalis, Annexes, 1985, 41-45
- 210- DICKENS B M
 Legal issues in medical management of violent and threatening patients
Canadian Journal of Psychiatry, 1986, 772-780
- 211- RICOEUR P
Avant la loi morale : l'éthique
op. cit., 41-45
- 212- LEHMANN H
 « Utiliser le DSM-III en clinique, c'est une tragédie ! », Entrevue de M DONGOIS
L'actualité médicale, 1992, 13/43 :14
- 213- KAHN A
Et l'homme dans tout ça ?
 Paris, Nil, 2000, 66
- 214- BERNARD J
L'avenir de la médecine
 Paris, Buchet/Chastel, 2000, 26-38
- 215- BÉLPOUME D
 L'homme avant l'économie
Quotidien du médecin 6.12.00 ; 6816 :22
- 216- SICARD D, entretien avec Gérard Haddad
Hippocrate et le scanner
 Paris, Desclée de Brouwer, coll. Esculape, 1999, 28
- 217- BECOUR B, MENINGAUD J P, MOUTEL G, DIAMANT-BERGER O,
 HERVE C
 La pratique de la médecine peut-elle être ambiguë ? Le cas de l'injonction de
 prélèvement d'empreintes génétiques chez les auteurs d'agression sexuelle
Press. Méd. 2002 (sous presse)

- 218- DOUTREMEPUICH C
Les empreintes génétiques en pratique judiciaire
op. cit., 54
- 219- BERNARD J
La bioéthique
Paris, Flammarion, 1994, 68-78
- 220- CCNE
Ethique et connaissance
Paris, Documentation française, 1990
- 221- DOUCET H
Au pays de la bioéthique
Montréal, Labor et Fides, 1931, 31-32
- 222- GIRARD R
La Violence et le Sacré
op. cit., 62-64
- 223- GALLOUX JC
L'empreinte génétique : la preuve parfaite
op. cit., 105-7
- 224- HIBBS M
Applications of DNA fingerprinting – truth will out
New Law J 1989 ; 619-21
225. LESCLOUS V, MARSAT C
Du procès pénal et du juge à propos des empreintes génétiques
Droit pénal.1998 Juin. 5,22-24
- 226- ARISTOTE
Ethique à Nicomaque
Paris, Presses Pocket, livre VI, 1992, 151
- 227- HACPILLE L
Ethique clinique : du discernement à l'action
Thèse d'éthique médicale biologique, Paris V, 1996, 286
- 228- PONCELET C
Discours pour la réception de présentation des Dialogues Justice et Santé
Dialogues Justice et Santé, Palais de Justice de Paris, 19 octobre, 9 novembre et
23 novembre 2000
Dossier de presse, 2

- 229- GODEAU P
Les héritiers d'Hippocrate
 Paris, Flammarion, 2000, 311-316
- 230- WEISSTUB D
L'expérience nord-américaine. L'éthique de la recherche après Nuremberg
 In : *Ethique de la recherche et éthique clinique*, HERVE C
 Paris, L'Harmattan, 1998, 95
- 231- DOMENACH J-M
La responsabilité. Essai sur le fondement du civisme
 Paris, Hatier, 1994, 28-29
- 232- BYK C
La bioéthique : un langage pour mieux se comprendre ?
 Paris, ESKA, 2000, 248-253
- 233- ROY D J, WILLIAM J R, DICKENS B M, BAUDOUIN J-L
La bioéthique, ses fondements et ses controverses
 Saint-Laurent (Québec), ERPI, 1995, 46
- 234- BYK C
La bioéthique : un langage pour mieux se comprendre ?
 Paris, ESKA, 2000, 248-253
- 235- AUFIERO J
De quelques obstacles aux collaborations pluri ou interdisciplinaires dans le domaine des pratiques médico-psycho-socio-éducatives
 Lausanne, mémoire de Licence de Sociologie, 1994
- 236- MALHERBE J-F
Qu'est-ce que l'éthique appliquée ?
 Conférence inaugurale chaire d'éthique appliquée, Université de Sherbrooke, octobre 1999

ANNEXES

I.1. Caractéristiques des populations interrogées

I.1.1. Etude préliminaire de faisabilité

Etude préliminaire de faisabilité auprès de 6 acteurs âgés de 29 à 58 ans :

- 2 médecins : un homme de 58 ans, une femme de 44 ans
- 2 biologistes : une femme de 43 ans, une femme de 29 ans
- 2 magistrats : un homme de 46 ans, une femme de 53 ans

I.1.2. Enquête par entretiens

Enquête par entretiens auprès de 44 acteurs âgés de 31 ans à 63 ans :

- 22 médecins :
 - . 14 hommes âgés de 31 ans à 63 ans
 - . 8 femmes âgées de 36 ans à 54 ans
- 11 biologistes :
 - . 5 hommes âgés de 29 ans à 52 ans
 - . 6 femmes âgées de 32 ans à 47 ans
- 11 magistrats :
 - . 4 hommes âgés de 32 ans à 62 ans
 - . 7 femmes âgées de 33 ans à 53 ans

I.2. Analyse thématique des entretiens

Afin de faciliter leur analyse thématique, les entretiens avec les médecins ont été numérotés de 1 à 22, les entretiens avec les biologistes de 23 à 33, les entretiens avec les magistrats de 34 à 44.

Les chiffres renvoient aux entretiens correspondants de l'enquête.

I.2.1. Conflits d'ordre *institutionnel* :

- L'hôpital :

13,19

- L'institution judiciaire face aux questions de responsabilité médicale :

11,23,33,35,36,37,38,39,41,43,44

- *Rôle de l'Etat dans le fonctionnement de la justice :*

15,34,37,40,42

- *Rapports d'autorité entre le pouvoir médical et le pouvoir judiciaire :*

16,21,24

I.2.2. Conflits d'ordre *culturel* :

- Différentes conceptions de la souffrance :

1,3,4,6,9,10,13,15,18,21,26,38,39,43

- Importance des rites dépendant des cultures, des traditions et des croyances :

5,11,17,20,26

- Adéquation entre systèmes de santé et attente des populations :

7,8,12,27,31,34,35

- Le patient érigé en consommateur de soins :

2,14,16,19,24,44

- Fin d'un exercice solitaire de la médecine

22,28,31,33

- Partage des connaissances du médecin avec le malade

13,15,20,26,30,31

I.2.3. Conflits d'ordre *éthique* :

- Information du malade

5,6,8,29,32,40,44

- Hospitalisation d'office

36,41

- Tensions chez le praticien lors des actes médico-judiciaires

16,18,30,33,35

- Nécessité de références reproductibles dans les conduites thérapeutiques

3,7,10,13,18,22,26,28,31,33,35

- Dépistage anténatal des malformations

19,38

- Evaluation de la qualité des soins

12,13,17,18,23,28,30,31,34,36,37,38,41,43

I.2.4. Conflits d'ordre *psychologique* :

- Les relations entre praticiens

2,5,6,7,8,12,16,23,24,28

La relation entre médecin et patient

1,3,4,7,9,12,13,20,21,34,34

I.2. Grille d'analyse : principales difficultés énoncées par les acteurs

Huit thèmes forment le cadre stable de l'analyse des 44 entretiens :

(1) - Les rapports entre la médecine et la justice sont complexes.

(2) - L'Etat est le garant du fonctionnement de la justice.

(3) - Il existe un champ commun à l'action de la médecine et de la justice, s'étendant du soulagement de la souffrance au rétablissement d'un lien social.

(4) - Un dialogue médecins-juristes est nécessaire.

(5) - La cohérence de la décision médicale et la qualité des soins passent par l'élaboration et le respect de normes.

(6) - La pratique médicale connaît certaines dérives en contradiction avec les valeurs humanistes.

(7) - La montée en puissance de la sécurité sanitaire constitue une rupture avec l'illusion d'une médecine omnisciente.

(8) - Regroupés en associations, les citoyens ont un rôle croissant dans le débat public visant à concilier droit de la santé et droit à la santé.

Nous avons noté ces thèmes de (1) à (8) dans la grille d'analyse et dans les tableaux récapitulatifs des entretiens.

Principales difficultés énoncées par les personnes interrogées

	Difficultés des médecins	Difficultés des Biologistes	Difficultés des Magistrats
Conflits d'ordre institutionnel	L'institution hospitalière face à ses usagers (8) Rapport d'autorité entre le pouvoir médical et le pouvoir judiciaire (1,4)		Rôle de l'Etat dans le fonctionnement de la justice (2) L'institution judiciaire face aux questions de responsabilité médicale (1)
Conflits d'ordre culturel	Différentes conceptions de la souffrance (3,5) Adéquation entre le système de santé et les attentes des usagers Fin d'un exercice solitaire de la médecine	Le patient érigé en consommateur de soins (8) Partage des connaissances du praticien avec le malade	Importance des rites dépendant des cultures, des traditions et des croyances (1,8)
Conflits d'ordre éthique	Secret professionnel (3) Information du patient (3)	Nécessité de références reproductibles (5) Evaluation de la qualité des	Secret professionnel (3) Validité de l'information

	<p>Défaut de consentement :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Refus de traitement du patient privé de liberté (3,4) . Grève de la faim (3,4) <p>Exigences du patient :</p> <p>Demande par le patient d'un traitement inadapté (8)</p> <p>Tensions lors des actes médico-judiciaires (1,3,4)</p> <p>Hospitalisation d'office (3,4)</p> <p>Dépistage anténatal des malformations (3,4,5)</p> <p>Evaluation de la qualité des soins (5)</p> <p>Difficultés de la décision médicale (3,5,6,7) :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Doute concernant les décisions à prendre . Risque décisionnel : rapport bénéfique/risque . La moins mauvaise solution . incertitude vis à vis des décisions médicales (décisions déjà prises, décisions à prendre) 	actes (5)	<p>délivrée par le praticien au patient (3,4)</p> <p>Hospitalisation d'office (3,4)</p> <p>Dépistage anténatal des malformations (3,4,5)</p> <p>Difficultés de la décision judiciaire (3,5,6,7) :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Recherche de la vérité : établissement de preuves . Respect de la procédure . Interprétation du droit . Poids de la jurisprudence . Incertitude vis à vis des décisions judiciaires (décisions déjà prises, décisions à prendre) notamment les mesures privatives de liberté
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Principales difficultés énoncées par les personnes interrogées (suite)

	Difficultés des médecins	Difficultés des Biologistes	Difficultés des magistrats
Conflits d'ordre psychologique	<p>Relations entre praticiens (3,6)</p> <p>Relations médecin-patient (3, 8)</p> <p>Relations entre médecin et magistrat (1,4) : difficulté de compréhension du langage juridique</p> <p>Limites de la technique médicale entraînant un échec thérapeutique (3,7) : sentiments de culpabilité, d'abandon, de désespoir</p> <p>Reviviscence d'événements professionnels pénibles (3)</p> <p>Confrontation à la mort (3)</p>	<p>Relations entre biologiste et patient (3,8)</p> <p>Relations entre biologiste et magistrat (1,4)</p> <p>Epuisement professionnel (3)</p> <p>Confrontation aux limites techniques (3,7) entraînant un sentiment d'humilité</p>	<p>Relations entre magistrat et médecin (1,4) : difficulté de compréhension du langage médical</p> <p>Reviviscence d'événements professionnels pénibles (3)</p> <p>Confrontation à la mort (3)</p>

II. Tableaux récapitulatifs des entretiens

II.1. Etude préliminaire

N° d'entretien	Age	Sexe	Profession	Conflit d'ordre éthique	Conflit d'ordre culturel	Conflit d'ordre institutionnel	Conflit d'ordre psychologique
1	58	M	Médecin	+	-	+	+
2	44	F	Médecin	+	+	+	+
3	43	F	Biologiste	+	-	-	-
4	29	F	Biologiste	+	-	+	-
5	46	M	Magistrat	-	+	+	-
6	53	F	Magistrat	+	-	+	+

Total = 6

II.2. Enquête

N° d'entretien	Age	Sexe	Profession	Conflit d'ordre éthique	Conflit d'ordre culturel	Conflit d'ordre institutionnel	Conflit d'ordre psychologique
1	35	M	Médecin	+	+	+	+
2	51	F	Médecin	+	+	-	-
3	61	M	Médecin	-	+	-	+
4	44	M	Médecin	+	-	-	-
5	59	M	Médecin	+	+	+	+
6	46	M	Médecin	+	+	-	+
7	58	M	Médecin	-	-	-	+
8	53	F	Médecin	+	+	+	+
9	54	F	Médecin	-	+	+	+
10	31	M	Médecin	+	+	-	-
11	52	M	Médecin	-	-	+	+
12	42	F	Médecin	+	-	-	+
13	37	M	Médecin	-	-	+	-
14	52	F	Médecin	+	-	+	-
15	63	M	Médecin	+	+	-	-
16	48	F	Médecin	+	-	+	+
17	39	M	Médecin	+	-	-	+
18	48	M	Médecin	-	+	+	-
19	36	F	Médecin	+	-	-	+

20	53	F	Médecin	+	-	+	-
21	52	M	Médecin	+	-	+	-
22	57	M	Médecin	+	+	-	+
23	45	F	Biologiste	+	-	+	-
24	52	M	Biologiste	+	-	-	+
25	43	F	Biologiste	-	+	-	+
26	47	F	Biologiste	+	+	+	-
27	49	M	Biologiste	-	+	+	-
28	39	F	Biologiste	+	+	-	+
29	46	F	Biologiste	+	-	+	-
30	51	M	Biologiste	+	-	+	-
31	32	F	Biologiste	+	-	-	+
32	48	M	Biologiste	+	-	-	+
33	29	M	Biologiste	+	-	-	-
34	51	F	Magistrat	-	-	+	-
35	53	F	Magistrat	+	+	+	-
36	62	M	Magistrat	-	-	+	-
37	47	F	Magistrat	+	-	-	+
38	33	F	Magistrat	+	+	-	-
39	51	F	Magistrat	-	-	+	+
40	32	M	Magistrat	+	+	+	-
41	52	F	Magistrat	+	+	-	+
42	48	M	Magistrat	-	-	-	+
43	52	F	Magistrat	-	-	+	-
44	54	M	Magistrat	+	+	+	+

III. Transcription d'entretiens

Nous avons sélectionné quatre entretiens représentatifs des difficultés le plus souvent évoquées par les intervenants : deux entretiens avec des médecins, un entretien avec un biologiste, un entretien avec un magistrat².

III.1. Entretien n° 8 avec le Docteur M. N., médecin

« - *Quelles difficultés rencontrez-vous dans votre pratique ?*

« - L'éthique ne concerne pas seulement les spécialistes ou les patients, mais chaque personne potentiellement malade, chaque être humain, dont on ne peut exiger une compétence

² Les titres en italique sont de l'auteur.

éthique minimale. À travers ses aspects prospectifs, la bioéthique concerne l'avenir de l'humanité : elle jette un pont entre les hommes, et ce pont est de l'ordre de la sagesse.

« Ma pratique de médecine d'urgence hospitalière me confronte de manière très régulière aux difficultés éthiques suivantes, lors de situations cliniques entraînant des conflits de devoirs :

1. le refus de soins
2. le caractère différé du consentement aux soins, en cas de risque vital
3. l'annonce de mauvaises nouvelles

« Dans ces trois situations, je cherche des repères dans le champ d'une souffrance éthique d'ordre professionnel. Je recherche les prémices d'une morale pratique provisoire. Je me pose la question : « comment faire pour bien faire, c'est-à-dire pour prendre une décision dans l'intérêt du malade ? ».

1. Le refus de soins

« Dans la conduite des soins, je demande que soit reconnu un espace de liberté au malade. Le refus d'examen peut apparaître au médecin comme irrationnel, le refus de soins comme suicidaire. Suis-je pour autant autorisée à imposer des traitements auxquels s'oppose le patient ? Quelles sont les limites du rôle du médecin au-delà desquelles il peut être accusé de non assistance à personne en danger, en refusant de nourrir de force un gréviste de la faim ou bien de transfuser une personne qui s'y oppose du fait de ses croyances ?

« Le refus de soins est acceptable pour moi à condition que le patient soit lucide et capable de prendre une décision, qu'il s'exprime en connaissance de cause d'une manière ferme et répétée, qu'il perçoive clairement les conséquences de son refus. Ces conditions sont rarement réunies d'emblée : c'est l'occasion pour moi d'apporter les apaisements nécessaires. Je tente de dissiper des difficultés de communication et des craintes irrationnelles.

« Lorsque je m'incline malgré moi devant des refus obstinés de soins non urgents, je ne fais que reconnaître les limites de mon pouvoir sur autrui. Je ne me sens pas coupable d'une collaboration formelle au comportement contestable de mon patient.

2. Le caractère différé du consentement aux soins en cas de risque vital

« L'information reçue par le malade est l'élément déterminant qui lui permet de consentir à un examen ou à un traitement, une fois que leurs avantages et leurs inconvénients ont été clairement expliqués. L'expérience aidant, je me suis écartée du principe philosophique de bienfaisance qui veut que l'intention charitable du médecin suffise à justifier son acte.

« Plus par respect de l'autre que par crainte du juge, ma pratique a évolué vers une conception basée sur la préservation de l'autonomie de la personne humaine et sur la préservation de sa volonté. Mais le consentement suppose la capacité intellectuelle et la capacité juridique de consentir. Le malade inconscient ou dément, la personne en danger de mort ne peuvent apporter leur consentement ni naturellement bénéficier d'un délai de réflexion. C'est pourquoi je diffère le consentement aux soins et l'information sur les choix thérapeutiques à une période où l'état clinique est stabilisé, c'est-à-dire à une période où le choix du patient est réel, où son information n'est pas tronquée par l'urgence qui le rend indisponible. Il s'agit d'une véritable négociation. Si cette négociation est impossible avec le malade, je l'établis avec la famille, mais il est alors difficile de dégager ce que serait la volonté propre du malade de celle des proches.

3. L'annonce de mauvaises nouvelles

« J'éprouve toujours des difficultés au moment d'affronter un patient dans un dialogue de vérité. C'est un moment intense de la relation médecin-malade, qui a des conséquences énormes sur la confiance portée au médecin, donc sur la suite de la prise en charge du patient. Une annonce négligée peut être vécue sur un mode traumatique par le

patient et par sa famille. C'est pour moi une difficulté, car elle me rappelle les limites de mon savoir et de mes techniques. »

III.2. Entretien n° 19 avec le Docteur H. L., médecin

« - *Quelles difficultés rencontrez-vous dans votre pratique ?*

« Les difficultés principales concernent quatre domaines :

1. l'hospitalisation psychiatrique en urgence
2. les constats médicaux à la suite d'agressions
3. les soins à des personnes polyhandicapées
4. les conflits avec certains patients ou leur famille

1. L'hospitalisation psychiatrique en urgence

« La dangerosité du patient agité est difficile à apprécier, et je préfère prévenir les drames plutôt que d'intervenir postérieurement. Les situations psychologiques se modifient aussi vite que certaines urgences vitales, dans le sens de l'amélioration comme dans celui de l'aggravation. Dans mon établissement, la coordination médico-psychiatrique est facilitée par l'existence d'équipes psychiatriques fixes et mobiles, permettant une psychiatrie de liaison.

« En dernier ressort, en cas de doute, c'est ma conviction intime qui permet de prendre la décision que j'estime la plus adaptée. Il est souvent très difficile d'évaluer la capacité du patient à décider de son propre destin. De nombreuses personnes ayant une excitation psychomotrice demeurent sensibles à la persuasion, ce qui permet de les hospitaliser en service libre. Sinon, l'hospitalisation psychiatrique nécessite l'utilisation d'un arsenal juridique afin d'effectuer les soins les plus adaptés. Il est important de ne pas

faire de pointillisme juridique, mais de respecter l'ensemble de la procédure prévue par la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

2. Les constats médicaux à la suite d'agression

« Il m'est arrivée d'examiner successivement plusieurs personnes impliquées dans des violences réciproques, de mesurer la distorsion entre les déclarations des unes et des autres, l'asymétrie entre leurs allégations et leurs blessures. Au moment de rédiger chaque certificat initial descriptif, j'ai tenté de m'extraire de ces doléances parfois contradictoires et de me déterminer avec humanité et impartialité. Exacerbées par les conditions matérielles, l'urgence et les impératifs de la réquisition, les sources de conflits sont multiples : violation du secret professionnel, examen pratiqué sans l'accord de l'intéressé, dépassement des limites posées par la réquisition judiciaire. La tentation est grande pour le médecin d'utiliser les dires comme des éléments de preuve, et pas seulement comme des éléments d'enquête. Ceci aurait pour conséquences de nuire à la manifestation de la vérité, en entachant la procédure d'erreurs, de données inexploitable ou d'éléments subjectifs indépendants des faits.

3. Les soins à des personnes polyhandicapées

« Par définition, la personne polyhandicapée souffre d'un handicap grave à expression multiple associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde. Ces déficits entraînent une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. Cet être humain a droit au respect de sa personne, à la qualité de vie proposée aux autres membres de la société à laquelle il appartient. Il est sujet de sa vie et non objet de soins, quelque soit la nécessité, l'importance et la complexité des soins. Je ressens un sentiment d'impuissance face aux limites de mon pouvoir médical de guérison et de réparation en matière de polyhandicap.

Nous avons un rôle important d'accompagnement actif et positif du polyhandicapé et de sa famille tout au long de sa vie pour concourir à la rendre la meilleure possible. L'hôpital et les lieux de soins ont vocation à cette démarche. Mais le reste du corps social se repose trop sur ces structures ; le monde du travail, notamment, reste frileux à l'égard de ces personnes particulièrement vulnérables.

4. Les conflits avec des patients ou leurs familles

« J'ai vu surgir des conflits avec un patient ou sa famille en de nombreuses circonstances : incompréhension de la maladie, diagnostic tardif, incompréhension des soins, survenue d'une complication ou d'une aggravation, hypothèse d'une faute ou d'une erreur médicales, soins paraissant inadaptés.

Devant des soins lui semblant excessivement attentionnés, l'épouse d'un patient a suspecté une expérimentation clandestine dans laquelle son mari aurait été un « cobaye ».

« Le facteur relationnel me semble prédominant dans la genèse de ces conflits : relation défectueuse avec le patient où les proches, caractère revendicatif de leur démarche. Une médiatisation récente de l'affection en cause est également un facteur de discussion de nature à déclencher un débat puis un conflit avec les soignants.

« En cas d'échec d'entretiens successifs avec le patient ou la famille, j'établis un rapport au directeur de l'hôpital, dans lequel je veille à préserver le secret professionnel. Le directeur de l'hôpital fait alors intervenir le médiateur hospitalier. Son rôle est précieux: agissant avec tact et modération, il met parfois fin au conflit, grâce à une écoute attentive, prudente et courtoise. D'autre part, son action a révélé à deux reprises des lacunes ou des dysfonctionnements, permettant une amélioration du service rendu aux patients.

« En conclusion, les questions à portée éthique soulevées par le développement technoscientifique dans le domaine de la santé et de la vie humaine sont susceptibles d'être clarifiées par des pratiques harmonieuses. »

III.3. Entretien n° 27 avec le Docteur F. B., biologiste

« - *Quelles difficultés rencontrez-vous dans votre pratique ?*

« - Plusieurs conflits que nous avons observés en matière de biologie médicale sont le résultat d'une quête éthique occultée par des aspects procéduraux ou techniques. Normatifs, chiffres et abaques instaurent une description biologique à confronter à la réalité par une approche interdisciplinaire.

1. Concilier le respect des droits de la personne et les nécessités de l'enquête judiciaire

« Biologiste moléculaire expert près la Cour d'appel, je me rends régulièrement en maison d'arrêt pour effectuer des prélèvements d'empreintes génétiques. Cette mission me place dans situation inconfortable : je dois concilier le respect des droits de la personne et les nécessités de l'enquête judiciaire. Il est parfois long et difficile d'obtenir un local d'examen, même si l'on n'y parvient toujours. Ce local n'est pas toujours adapté. En fait, ces difficultés sont le reflet d'une question plus vaste qui est celle des examens médicaux des personnes en détention.

2. L'asymétrie de la relation entre le biologiste et la personne prélevée

« Il existe une profonde asymétrie de connaissance et d'information dans la relation que j'établis avec la personne que je viens prélever en milieu carcéral. Je ne sais pas de quel délai de réflexion elle a disposé avant de se soumettre au prélèvement demandé par l'autorité judiciaire, ni si elle s'en est entretenue avec son avocat. Elle n'a

pas toujours été prévenue de ma visite, dans cet univers quadrillé et contrôlé visant à rendre docile les individus. Le même jour, sans délai, je délivre à la personne une brève information sur les empreintes génétiques et j'effectue le prélèvement sanguin correspondant. Les conséquences privatives de liberté de ce geste technique simple et rapide peuvent s'avérer très lourdes en Cour d'assises.

3. Empreintes génétiques et sanction pénale

« Le plus souvent, s'agissant d'affaires pénales, la question du consentement au prélèvement d'empreintes génétiques ne se pose pas aux magistrats. En revanche, elle se pose dans tous les cas au médecin et au biologiste, respectueux des droits de la personne et du Code de déontologie. Après m'être heurté à un refus de prélèvement, il m'a été reproché par un juge d'instruction de ne pas favoriser la manifestation de la vérité et de me désintéresser du sort des victimes de l'auteur présumé d'agression. Ces propos m'ont semblé culpabilisants, mais m'ont permis de m'interroger sur mon rôle dans la procédure pénale. Un compromis permet le plus souvent de concilier les priorités du médecin et celles du juge.

« De même que celle d'un avocat, l'intervention d'un médecin ou d'un biologiste auprès d'une personne en détention permet l'éclairage d'une situation délicate par un élément extérieur au monde carcéral. Cet éclairage conduit à la sanction du prévenu, s'il est reconnu coupable des faits qui lui sont reprochés. Cette sanction est normalisatrice, comme l'exprime Michel Foucault dans son ouvrage juridico-anthropologique sur l'histoire de la pénalité moderne : « *Surveiller et punir* ». Selon lui, la sanction pénale viserait moins à l'expiation qu'au « redressement », qui serait une forme de réadaptation sociale.

4. Pour une approche interdisciplinaire

« Les conflits que j'ai évoqués pourraient être prévenus par un questionnement et une discussion éthiques entre les protagonistes. Médecins, biologistes, magistrats et

policiers apporteraient alors des réponses aux problèmes éthiques selon une approche interdisciplinaire. Si, au nom d'un approfondissement obscur, chaque discipline se recroqueville sur elle-même, elle perd le regard sur les autres disciplines et se ferme à la rumeur de la cité.

« Cette éthique de l'action ne se réduit pas à l'éthique médicale traditionnelle. Son champ englobe les conflits de valeurs, dépasse les dilemmes qui surgissent lors des actes médico-judiciaires. L'orientation donnée à nos décisions et actions ne provient pas de l'application rigoureuse de principes intangibles mais d'une comparaison critique avec des avis élaborés précédemment lors d'expériences similaires. »

III.4. Entretien n° 35 avec Monsieur L.H., magistrat

« - *Quelles difficultés rencontrez-vous dans votre pratique ?*

« - Je voudrai préciser le contexte dans lequel est apparu le phénomène de judiciarisation de la médecine auquel nous assistons aujourd'hui. Le questionnement éthique des années 2000 s'inscrit dans le mouvement culturel, intellectuel et social de son temps : il est loin d'émerger des seuls soignants.

« Depuis les années 1950, l'accélération du développement technomédical et l'évolution de la société suscitent un questionnement nouveau : comment protéger l'être humain, sa qualité, sa dignité, sa survie ? Quelles normes se donner pour y parvenir ?

« Des penseurs, des chercheurs scientifiques, des juristes, des praticiens de la médecine et du droit sont sortis de leur approche traditionnelle, plus réflexive qu'utilitariste et ont mis en commun leurs expériences. Leur méthode est basée sur la concertation, l'interdisciplinarité, la prospective. Cette approche affirme la responsabilité

sociale des scientifiques, tout en normalisant leurs pratiques de la décision à l'action. Les comités d'éthique sont nés, appuyés par des dispositions législatives.

« La déontologie et le droit médical sont en interaction constante avec l'éthique clinique, l'éthique de la recherche et l'éthique des politiques de santé.

Il existe non seulement des interrogations nouvelles, mais encore des interrogations anciennes qui se posent de manière nouvelle du fait de bouleversements de la société. La réflexion philosophique et éthique impose donc la connaissance de l'histoire et des origines des attitudes culturelles face à la santé, la maladie et à la mort. La connaissance du passé renforce l'audace de la création, permettant d'allier la tradition et l'innovation. L'héritage des Anciens n'est pas un dépôt immuable mais une source inépuisable d'enseignements livrée à la capacité de notre interprétation.

« Nous observons les phénomènes socio-culturels suivants :

- l'individualisme, l'utilitarisme, le goût de la consommation, en particulier celui des produits de santé.

- les libertés individuelles et l'égalité entre les personnes s'affirment, mais aussi certains comportements égoïstes marqués par des conflits d'intérêt groupal et la résurgence de corporatismes.

- la spécialisation croissante des activités professionnelles fragmente la société. Les repères traditionnels que sont la famille, l'école semblent éclater, perdre de leur cohérence.

- l'aspiration à une forte croissance économique soulève l'enthousiasme des populations des pays industrialisés et celles de pays émergents. Cette aspiration renforce la croyance dans la valeur du développement scientifique et technique.

- le recul des mythes et le déclin des idéologies favorisent l'avènement d'une pensée rationnelle et l'analyse des pratiques.

« La judiciarisation de la médecine est directement liée à ces évolutions de notre société. Nous retiendrons plus précisément les facteurs suivants de judiciarisation de la médecine : le développement scientifique et technique, l'émergence des droits individuels, la modification de la relation médecin-malade.

1. Le développement scientifique et technique

« A la suite de la seconde guerre mondiale, les budgets de la recherche biomédicale et de la recherche agroalimentaire ont considérablement augmenté. En s'associant à la technologie au point d'en devenir indiscernable dans le domaine biomédical, la science est devenue opératoire. Les innovations scientifiques sont rapidement appliquées aux êtres humains, permettant de sauver la vie, de l'améliorer qualitativement, de la prolonger quantitativement, de maintenir la personne en vie avec une réussite jamais atteinte jusqu'alors. Après avoir fasciné la communauté scientifique et l'opinion publique, les découvertes de la ventilation artificielle en 1952, de l'hémodialyse en 1961, de la transplantation cardiaque en 1967 par le Professeur Christian Barnard en Afrique du Sud ont suscité des controverses. L'opinion publique puis les chercheurs eux-mêmes ont craint les abus, la démesure, l'anomie, l'injustice dans la répartition des ressources.

« Dès la découverte de la structure de l'ADN par Watson et Crick en 1953, les scientifiques s'inquiètent de leur nouveau pouvoir d'intervention sur la vie. Aujourd'hui, les programmes de dépistage de maladie génétique dans des populations à risque font surgir des problèmes éthiques liés à la discrimination ethnique ou raciale, à la confidentialité des données.

« En France dans les années 1970-1975, l'interruption volontaire de grossesse et les technologies de procréation prennent le devant de la scène.

« Le danger d'usages de la technique de conservation du sperme humain à des fins eugéniques suscite des appréhensions. Ce n'est pas la technologie qui est contestée, mais les dérives dans son application.

« L'intégration de la recherche et du développement scientifique dans la société est complexe, critiquée, et nécessite désormais une négociation : l'opinion, mise en garde par des associations d'usagers, n'est plus convaincue que la science est toujours bonne et que ses découvertes doivent nécessairement être appliquées.

2. L'émergence des droits de la personne

« L'Assemblée Générale des Nations Unies proclame la Déclaration universelle des droits de l'homme en 1948, un an après l'élaboration du Code de Nuremberg. Il s'agit alors essentiellement de protéger la personne contre les abus de l'autorité politique.

« A partir de 1960, la prise de conscience de dangers potentiels des avancées scientifiques s'inspire à son tour de la Déclaration universelle des droits de l'homme. Les consommateurs nord-américains s'organisent en associations, notamment dans le domaine de la santé. Ils critiquent le paternalisme médical, revendiquent le droit du malade à l'information sur le diagnostic et le traitement auquel il sera soumis, une participation à la prise des décisions relatives à son état de santé. Le principe éthique de l'autonomie de la personne s'impose dans les sociétés occidentales marquées par un fort courant d'individualisme. Mais il est tempéré par les intérêts de la communauté, notamment ses intérêts financiers. Dès 1970, Paul Ramsey propose des principes et une méthode d'analyse de l'autonomie du patient dans son ouvrage « *The Patient as Person. Exploration in Medical Ethics* ». Il attire déjà l'attention sur les effets des nouvelles technologies et pose le principe de la liberté de choix du patient devant les thérapeutiques qui lui sont proposées. Il affirme l'importance de l'analyse des pratiques médicales et scientifiques.

3. La modification de la relation médecin-malade

« Avant 1960, la relation médecin-malade était traditionnellement très proche, voire familière. Dans les années 1960, elle s'est modifiée en Amérique du Nord puis en Europe. Aux Etats-Unis, les médecins sont devenus, selon l'expression de David

Rothman, des « étrangers au pied du lit » (*Strangers at the Bedside*) du fait de la conjonction de trois facteurs :

- la concentration des soins dans de grands établissements hospitaliers

Il est plus économique et plus efficace de rassembler les professionnels de santé dans des centres multidisciplinaires, où la collaboration et la coordination entre spécialistes est optimisée.

- le rôle croissant de la science et des technologies

La médecine scientifique se concentre sur les composants biologiques et physiques. Les traitements subissent des transformations dictées par les expérimentations en laboratoire et les évaluations statistiques.

- la spécialisation des médecins

Le patient se trouve confronté non plus à un seul médecin ayant une vision d'ensemble du corps mais à plusieurs spécialistes d'un organe ou d'une fonction.

« L'approche des soins médicaux était traditionnellement familiale et interpersonnelle. Elle est devenue impersonnelle et organisationnelle, au détriment de la communication avec les patients. C'est pourquoi ceux-ci n'abandonnent plus totalement leur confiance au médecin : la méfiance à l'égard des progrès scientifiques a gagné la pratique clinique. Il ne revient plus au seul médecin de prendre les décisions concernant un patient. La responsabilité du médecin est soumise à des mécanismes de contrôle de plus en plus performants.

« Selon moi, l'apparition progressive de la judiciarisation de la médecine est principalement en relation avec ces trois facteurs d'ordre différent : le progrès scientifique et technique, les mesures législatives et sociales visant à favoriser l'autonomie de décision du malade, la contractualisation de la relation médecin-malade. L'évolution de la judiciarisation de la médecine en Europe dépendra non seulement de ces trois éléments mais encore, dans une moindre mesure, du niveau des richesses que nous aurons à partager, autrement dit du développement économique. »

IV. INDEX DES MOTS-CLES

A

Abstention

61,128,129,130

Abus

95,156,193,201

Académie nationale de médecine

55,125

Acharnement

101

Acte biologique

176

Acte médical

18,44,45,52,58,74,82,85,93,94,95,106,130,164,166

Acte médico-judiciaire

174,184
Administration
78,115,116,128,156
Altérité
89,103,142,249
Anthropologie
10,89,90,91
Arbitre
12,52,64
Association
17,40,50,67,79,88,194,228,233,234,246
Arrêt Perruche
118,119
Autodétermination
59,62,63,69
Autonomie de la personne
87,88,102,133
Autorité judiciaire
19,97,99,160,172,176,179,186,213,219,238

B

Besoin
45,54,64,65,66,74,102,106,107,110,113,134,135,139,155,177,188,190,
193
Bienfaisance
46,122
Biodroit
188,190,241
Bioéthique
12,55,72,136,152,188,241,248,249
Biologiste
11,16,17,18,19,25,26,27,28,29,33,118,151,158,162,163,164,167,171,176,
177,181,182,186,187,190,232

C

Citoyen
 14,17,40,42,44,48,50,54,56,62,81,138,139,148,151,153,177,193,241,246,
 248
 Charte des Nations unies
 66
 Charte du patient hospitalisé
 102
 Clinique
 22,23,36,56,75,80,81,82,98,105,112,113,114,164,199,214,222,223
 Code de déontologie médicale
 49,100,106,139
 Cohérence
 17,27,39,40,82
 Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la
 santé
 71,72,85,88,151,152,153,159,243
 Commission nationale Informatique et Liberté
 36,181
 Compétence
 45,75,79,82,101,119,121,141,152,156,157,164,177
 Comportement
 26,34,49,57,80,82,90,111,122,123,124,125,131,142,156,163,170,173,179,
 180,212,217,238
 Communication
 23,82,86,102,233,234
 Concertation
 20,157,226
 Concession
 71
 Conflit
 16,19,39,41,54,55,86,87,95,96,98,116,146,152,195,245,247
 Conflit de conscience
 89
 Conflit de devoir
 54,176
 Conflit de valeur
 11,12,41,68,72
 Conflit d'ordre culturel
 16,27,39,244
 Conflit d'ordre éthique
 16,27,28,39,244
 Conflit d'ordre institutionnel
 16,27,39,244

Conflit d'ordre psychologique

17,27,39,244

Conflit familial

41

Conscience

42,44,49,51,52,56,64,72,88,89,93,127,143,145,177,199,236,242,245,246

Consensus

70,71,72,73,82,88,152,226

Consentement

19,61,80,94,101,130,158,159,178,179,180,187,194,202,207,208,209,
210,211,215,216,236,238,240,245,248

Consentement éclairé

94,95

Conservation

8,13,165,175,181

Consommateur

53,74,75,111,123,137

Contradiction

17,20,40,72,92,109,199,203

Contrainte

20,48,87,97,114,149,176,226,238,242

Contrôle

20,62,78,137,151,198,199,222

Conviction

14,72

Cour européenne des droits de l'homme

217

Couverture médicale universelle

116

Curatif

64

Citoyen

14,17,40,42,44,48,50,54,56,62,81,138,139,148,151,153,177,193,241,246,
248

D

Danger

60,62,70,94,105,108,109,122,126,128,131,149,185,189,192,193,194,195,
196,199,201,212,213,214,231,232,242

Décision

11,50,51,62,77,80,93,96,113,125,126,127,128,129,134,140,142,145,193,
201,212,219,222,231

Décision judiciaire

44,93,95,97,98,117,172,208,209

Décision médicale

17,40,81,82,93,94,95,98,104,107,120,121,122,133,144,147,176,213

Débat public

17,40,153

Déontologie

10,49,67,94,96,100,159

Dépistage

115,117,118,120,224

Dérive

17,40,85,107,118,120,129,130,150,173,174,192,194,199,232,242,247,248

Dérogation

199,207,214

Désinstitutionnalisation

20,204

Désir

12,86,103,105,135,226

Devoir

47,48,49,50,54,57,61,62,65,67,94,102,106,108,114,117,126,139,144,176

Dialogue

17,18,31,36,38,40,52,77,102,105,109,110,130,167,245,246,249

Discernement

113,128

Discrimination

70

Discussion

83,157,249

Doute

11,13,95,103,105,106,127,130

Droit

11,13,15,42,44,46,50,52,53,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,71,73,85,
89,97,98,110,116,117,126,130,135,144,152,159,164,184,188,190,202,
219,227,233,234,238,241,245,250

Droits de l'homme

51,57,59,60,63,64,66,69,71,97,133,172,173,180,189,194,196,218,248

Droit de la santé

17,34,64,132,247

Droit du malade

94,102,104,106,107,108,118,195,203,207

Droits sociaux
99
Dysymétrie
193

E

Economie
122,150,185,225
Education
102,138,139,141,152,232
Empreinte génétique
158,159,160,162,166,168,169,170,172,173,175,178,179,181,184,185,186,
187,188,226,237,238
Entretien
16,18,22,23,25,26,29,30,31,32,35,36,37,38,39,40,41,43,46,53,59,77,79,
80,82,86,87,91,95,102,105,113,117,121,127,133,139,144,147,151,156,
162,167,174,187,231,241,245,249
Etat
15,17,40,44,46,47,48,49,55,57,58,62,63,66,79,114,115,125,126,128,136,
153,241,243,248

Ethique
10,11,12,15,16,17,18,19,27,28,33,37,39,48,55,66,71,72,73,74,75,82,83,
85,87,119,122,133,135,136,151,152,153,176,180,183,184,187,188,192,
201,208,220,221,232,241,242,243,244,247,248,249
Ethique clinique
223
Ethique médicale
20,64,89,93,177
Evaluation
11,42,72,79,80,81,98,105,112,113,119,128,142,155,156,187,201,218
Expertise
80,147,148,178,217,225,230,285
Euthanasie
85

F

Famille

41,59,63,101,117,118,145,146,149,207,209,211,213,235

Fichier national automatisé des empreintes génétiques

171,182,188

Finalité

13,59,79,82,98,107,122,125,164,184,226,245

G**Génétique**

69,231,232

Guérison

55,64,76,84,87,122,139,143

H**Herméneutique**

191

Hôpital

16,27,33,39,79,86,110,114,222

Hospitalisation

62,85,141,156,194,197,198,201,208,222

Hospitalisation d'office

194,196,202,203,204,210,211,212,213,215

Hospitalisation sur demande d'un tiers

213,215

I

Illusion

17,40,49,84,103,112,136

Impératif catégorique

117,124

Incertitude

11,53,65,75,76,107,113,127,131,144,188,192,242

Information

16,22,25,27,33,36,39,45,69,70,76,77,79,82,86,94,95,101,102,103,105,
106,107,112,127,130,139,140,144,145,149,152,175,181,183,187,193,211,
216,232,233,234,235,244,245

Informatisation

181

Infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris

196,221,223

Ineffectivité

20,189,241

Intégrité physique

61,63,72,99,159,179,184,186,232,234

J

Judiciarisation

12,13,14,15,20,26,35,37,38,46,47,48,87,116,117,147,230,248,249

Juge

12,52,93,95,96,97,99,117,169,208,209,210,228,229,242,243

Jugement

65,76,93,96,97,98,117,153,228

Juriste

17,18,40,52,68,193,237,249

Jurisprudence

44,73,96,106,107,108,117,118,152,188,217,219,238,242,243

Justice

13,14,15,16,17,18,27,40,44,46,48,50,55,62,63,96,97,114,134,149,166,
172,175,187,208,219,227,228,229,231,233,234,235,244,249**L**

Légalité

219

Législateur

12, 117, 152, 156, 189, 238, 239, 242, 247

Liberté

10, 23, 36, 46, 50, 51, 52, 58, 61, 63, 69, 72, 87, 97, 99, 132, 133, 160, 162, 163, 171, 172, 181, 183, 184, 185, 188, 189, 193, 194, 196, 201, 207, 208, 210, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 231, 232, 240, 241, 242, 245, 249

Lien social

17, 40, 66, 98, 185

Ligue Nationale Contre le Cancer

104

Loi

12, 14, 15, 16, 20, 27, 33, 39, 44, 47, 48, 49, 50, 67, 68, 71, 73, 96, 97, 119, 167, 172, 186, 189

Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

181

Loi Huriet-Sérusclat

36, 152

Loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation

203

Loi hospitalière du 31 juillet 1991

110, 116

Loi du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain

101, 152, 159, 179

Loi Barnier du 2 janvier 1995 relative à l'environnement

124

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

118

M

Magistrat

16, 18, 23, 25, 26, 27, 28, 33, 34, 35, 38, 44, 157, 166, 169, 172, 177, 180, 182, 184, 186, 211, 227, 231, 232, 233, 234, 241

Médecine défensive

18, 117, 119, 120, 122

Médias

107, 111, 144, 149, 173, 177, 199

Médiateur

154

Médiation

117, 234, 246

Médiatisation

173

Morale

8, 13, 14, 46, 47, 48, 49, 54, 61, 63, 66, 72, 73, 84, 135, 151, 152, 153, 177, 191, 192, 204, 206, 208, 220, 225, 242, 243, 245

Moralité

220, 221

Mort

53, 54, 65, 68, 85, 88, 103, 111, 122, 246

N**Norme**

8, 17, 19, 40, 48, 57, 66, 74, 80, 81, 82, 83, 93, 94, 113, 128, 160, 177, 185, 186, 188, 190, 208, 217, 220, 235, 237, 238, 242, 248

O**Obligation**

42, 43, 48, 49, 51, 55, 62, 94, 97, 107, 117, 126, 132, 152, 222

Ontologie

43

Ordonnances Juppé du 24 avril 1996

110, 116

Ordre public

99, 108, 192, 199, 203, 212, 213, 218, 221, 240

Ordre social
158,160

P

Pacte de soins
93,94

Partage
54,64,78,102,104,108,111,192,235,246

Partenariat
149,231,249

Personne dangereuse
195

Personne privée de liberté
162,184

Pôle judiciaire
227,229

Praticien
17,19,42,43,44,78,83,85,93,101,102,105,107,110,117,119,121,131,144,
160,165,167,170,174,176,181,184,190,207

Prévention
55,63,79,86,101,111,126,128,129,133,137,149,224,225

Principe de précaution
124,125,127,128,129,225

Principe de vigilance
131

Progrès scientifique
8,11,43,44,49,52,53,54,56,67,71,85,88,92,94,101,111,121,130,153,188,
192,217,236,250

Prudence
10,94,121,124,126,128,131,224,225,242

Psychiatre
192,194,199,201,204,206,208,210,211,212,214

Psychiatrie
99,191,193,194,199,215,221,223,238

Psychiatrie de liaison
205

Q

Qualité des soins
17,40,75,78,79,80,81,120,246,247
Qualité de vie
70

R

Raison
13,14,22,46,47,69,131,146,89,203,210
Raisonnement
93,97,105,112
Réciproque
71,208,246
Refus
61,71,88,106,113,134,139,141,143,144,159,160,167,168,169,172,174,
177,179,180,184,186,195,201,202,232,236,245
Règles déontologiques
68,100

Règlement
14,15,16,27,33,39,49,68,100,145,180,182,208,210
Réglementation
14,65,145
Régulation
70,71,247,248
Régulation des pratiques
13
Régulation juridique
72
Relation médecin-malade
61,96,102,104,143,145,193
Repère
14,16,22,76,81,163,244
Respect
10,13,17,30,32,43,46,47,48,50,51,59,72,73,81,90,92,97,102,107,155,160,
172,174,177,180,184,186,193,201,202,208,210,232,249
Respect de la personne
49,63,69,66,108,134,139,142,144,164,170,173,195

Respect de la vie

63

Respect du corps humain

101,159,179

Responsabilité

10,43,63,65,67,96,110,120,125,126,128,131,134,149,193,195,246,247,
248

Responsabilité civile

42,128

Responsabilité civile professionnelle du médecin

42,44,53,57,67,108,113,116,117,118,119,121,129,143,144,148,149,176,
190,227,228,229,234,236

Responsabilité pénale

42,128,201

Risque

120,121,122,124,125,126,127,128,129,130,131,137,139,140,141,143,150,
189,193,224,227,232,235,236,240,241

S

Sagesse

19

Santé environnementale

20,225

Santé publique

54,56,87,89,99,110,111,112,113,114,115,116,121,128,129,132,133,136,
137,138,149,157,224,225,227,229,230

Secret professionnel

58,61,69,98,108,202,211,214

Sécurité

149,155,160,172,203,226,235

Sécurité sociale

116,230

Sécurité sanitaire

156

Scepticisme

49

Science

8,9,10,11,20,43,56,57,71,75,85,94,151,153,158,189,190,191,192,225,
236,240,241,242,243,247

Société

12,13,14,44,48,50,52,57,72,73,88,90,91,92,100,101,109,111,115,130,
132,133,149,151,152,153,157,160,166,172,177,185,188,193,194,196,
203,206,217,222,225,232,235,237,247,248,249

société d'assurance

122

Société des Nations

65

Société savante

145

Soins primaires

63

Solidarité

65,66,119,132,135,248

Sollicitude

93,94

Solution

65,73,115,117,132,137,149,247

Souffrance

16,17,19,27,33,39,40,41,53,65,84,86,90,92,93,95,103,118,171,174,185,
188,199,222,244

Souffrance des proches

88

Souffrance professionnelle

18

Souffrance morale

192,204

Soulagement de la souffrance

17,40,95

Suivi thérapeutique

43,90,92,197,198,215,222,223

Suspect

159,161,162,166,167,169,174,175,177,178,179,180

Système de soins

75

T

Technique médicale
52,85
Technologie
8,55,68,69,70,86,179,184,226,231,238,247
Tension
15,17,19,72,99,160,165,170,171,176,246
Tension d'ordre éthique
166,192,201,222,245
Tierce personne
166
Tribunal des conflits
219

U

Utilitarisme
177,190,240

V

Vérité
8,49,80,85,98,101,103,106,117,159,172,177,180,185,232
Vertu
10,49,124
Violence
38,142,168,172,173,174,224,250
Volonté
14,45,59,75,76,87,96,104,107,108,160,167,168,186,190,198,201,202,
226,238
Vulnérabilité
65,105,147,163,185,205

- FIN -