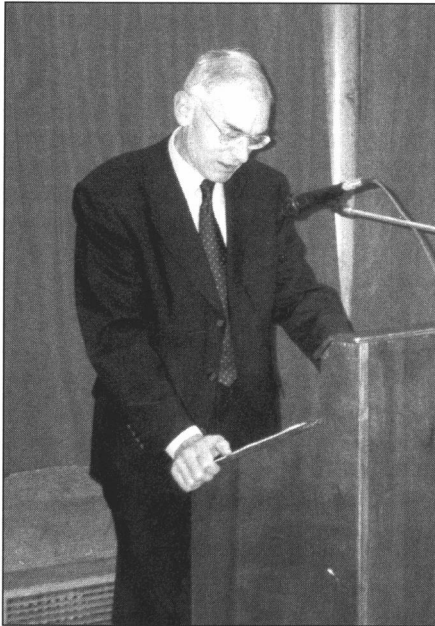


# L'éthique médicale

## Principales évolutions au fil des siècles \*

Professeur Bernard HCERNI \*\*

*Ancien Président du Conseil national de l'Ordre des médecins*



Je ferai d'abord une distinction bien claire entre éthique et morale. La ou les morales concernent les mœurs d'une société ou d'un individu, telles qu'elles peuvent s'exprimer par exemple à travers la clause de conscience d'une personne ou un texte de loi pour la collectivité. L'éthique mène une réflexion universelle sur ces morales. Elle est débat avant d'être norme, soumise à discussions, de plus en plus approfondie. Elle connaît de ce fait quelques évolutions. Ce sont elles que je vais évoquer dans leurs grandes lignes.

### **Bienveillance**

En faisant sortir les malades des temples, il y a près de vingt-cinq siècles, Hippocrate établit les médecins et la médecine dans un statut tout à fait nouveau. Il ne s'agit plus de pratique irrationnelle, livrée au bon vouloir de quelques guérisseurs ou sorciers, abrités derrière une opacité magique. La médecine se fonde désormais sur l'observation, l'expérience, les échanges rationnels. Comme le dira Aristote un peu plus tard, en allant au-delà de données rudimentaires ou empiriques exclusives elle répond au statut d'une science qui vise à l'objectivité, qui se transmet, peut être reproduite, on ajoutera plus tard : qui peut être contestée.

---

\* Centenaire de la Société française d'Histoire de la Médecine, 29-30 novembre 2002.

\*\* Institut Bergonié, 180 rue de Saint-Genès/229 cours de l'Argonne, 33076 Bordeaux cedex.

De cette pratique nouvelle émerge un objectif principal clair : l'intérêt du malade. C'est la pierre angulaire de l'éthique hippocratique, la base du principe de bienveillance qui a pour corollaire celui de bienfaisance. Hippocrate écrit : "Avoir dans les maladies deux choses en vue : être utile ou ne pas nuire". Ces intentions seront confirmées par Platon et Aristote. On lit dans le *Serment* d'Hippocrate (traduction de Littré) : "Je dirigerai le régime des malades à leurs avantages... et je m'abstiendrai de tout mal".

Certains voudront distinguer le principe de bienfaisance de celui de non-malfaisance. Je ne crois pas que ce soit nécessaire ni pertinent : il s'agit d'être plus utile que nuisible, en intervenant pour la santé, pour la rétablir ou la préserver. Ce principe sera affirmé continûment au fil des siècles. Je n'en donnerai que deux repères : la prière de Maïmonide parle du "noble devoir de faire du bien" ; le Serment de Genève de l'Association médicale mondiale dit dans sa première version de 1948 : "La santé de mon patient sera mon premier souci".

Toute l'éthique médicale et son évolution peuvent être développées autour de cette épine dorsale : la bienveillance pour l'intérêt de la santé du patient. Il faut ajouter que cette bienveillance peut s'exprimer de façon variable selon la société et les moyens de la médecine, que l'intérêt du patient n'est plus défini de façon aussi rudimentaire qu'autrefois, que la santé a vu sa définition élargie en 1946 par l'OMS comme un "complet état de bien-être physique, mental et social".

L'intérêt des personnes est d'être respectées dans leur vie, leur corps, leur intimité, leur dignité. Tout cela est déjà clair dans les écrits hippocratiques qui tirent d'emblée une merveilleuse logique de ce que j'ai appelé l'"exception médicale" : les droits reconnus aux médecins pour soigner ont pour contrepartie trois interdits, tous les trois dans le *Serment*.

Pour se faire soigner, le malade confie sa vie au médecin. Il serait inconcevable que le médecin en jouât, en abusât pour tuer délibérément. Sont interdits au médecin pessaire abortif ou poison. Il y avait dans la Grèce ancienne des "pharmacopoles" qui vendaient aussi bien des médicaments que des poisons. La distinction entre les deux n'était pas toujours claire, parfois seulement fondée sur la dose administrée et aucune réglementation ne contrôlait la distribution de ces produits. Plus tard les médecins seront abusivement sollicités, par exemple par les Cours de la Renaissance françaises ou italiennes, pour préparer des poisons afin de se débarrasser d'adversaires ou de familiers devenus indésirables. Et l'on connaît les débats actuels sur l'euthanasie, alors qu'il est techniquement si facile à un médecin de donner la mort.

Le patient confie aussi son corps, se dénude, se laisse pénétrer. Il en découle l'interdit de toute relation sexuelle qui serait aussi un abus inacceptable du praticien. Le *Serment* condamne implicitement toute sexualité entre praticien et patient, mais aussi explicitement, entre le premier et toutes personnes de l'entourage, femmes ou garçons, libres ou esclaves. Cet interdit vient d'être inclus dans le Code de déontologie des médecins du Québec entré en vigueur le 7 novembre dernier (art.22).

Le patient confie enfin ses secrets, en confiance, avec la certitude qu'ils ne seront pas trahis, que le médecin ne les révélera pas à des tiers, même après sa mort. Aujourd'hui encore il n'y a pas de soins de qualité sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret.

Le respect des personnes se traduit de bien d'autres manières. Les textes hippocratiques recommandent que les deux protagonistes soient assis sur des chaises de hauteur égale, que le médecin ne fasse pas dénuder le malade de façon superflue devant des tiers, qu'il use de douceur, de prévenances (de "gracieusetés" dit Jouanna), qu'il honore son patient en se présentant et en se tenant bien. Il lui parlera, certes pour recueillir les indications nécessaires, mais pas seulement. Les Grecs distinguaient le médecin du fer, celui des plantes et celui des mots.

Sur ces bases permanentes, il me semble que l'on peut individualiser trois tendances évolutives fortes : le dépassement du principe de non-discrimination, l'accent mis sur l'autonomie et l'information des patients, l'impératif de compétence pour les praticiens.

### **Discrimination positive**

Celui qui prête serment déclare s'abstenir "de toute injustice". La bienveillance s'exerce également vis-à-vis de tout patient. Hippocrate refuse toute discrimination pour soigner malades esclaves ou libres, pauvres ou riches, citoyens ou étrangers. Au II<sup>ème</sup> siècle av. J.-C. le médecin latin Scribonius Largus évoquera l'obligation morale de soigner sur un champ de bataille tous les blessés, amis ou ennemis. Il précise : "Le praticien ne doit pas mesurer son intérêt ni ses soins à la fortune ou à la situation de ses clients. Il se doit également à tous ceux qui font appel à lui. Les ennemis même de la patrie ont droit à sa sollicitude. Comme soldat et comme citoyen, il les combatta sans merci. Mais comme médecin, il les soignera, les guérira et, fidèle aux obligations sacrées que lui impose sa profession, il ne leur donnera jamais de mauvais remèdes". C'est ce que reprendra Ambroise Paré en payant de sa personne. Le même Ambroise Paré expliquera à son souverain qu'il ne peut le traiter mieux que les manants qu'il soigne également comme des rois.

Il y a eu des exceptions acceptées, voire soutenues. Les médecins alexandrins du temps d'Hérophile se livraient à la vivisection sur des criminels condamnés à mort, ce que Celse justifiera quelques siècles plus tard : "Contrairement à ce qu'affirment beaucoup de gens, ce n'est point faire preuve de cruauté que de chercher des moyens de secourir d'innombrables honnêtes gens dans toutes les générations à venir, en suppliciant des criminels". Après avoir rassemblé médecins et chirurgiens, la Révolution française fera soigner gratuitement les pauvres dans les hôpitaux par des apprentis médecins qui plus tard soigneront les riches ailleurs contre rétribution. Au XX<sup>ème</sup> siècle encore il est arrivé dans des pays réputés civilisés, que l'on maltraite, sous prétexte d'expériences, des Noirs syphilitiques ou des prisonniers exposés à des greffes de cellules cancéreuses, ou que l'on stérilise des retardés mentaux, en majorité des femmes.

Certaines discriminations se justifient. Hippocrate soulignait qu'"il y a une grande différence pour le traitement entre les maladies des femmes et celles des hommes". Mais surtout l'attention portée aux intérêts des patients a été renforcée pour les intérêts les plus menacés, les personnes les plus vulnérables justifiant un surcroît de protection. Il vaut la peine de détailler quelques exemples pour illustrer une évolution importante depuis les sociétés primitives qui avaient plutôt tendance à se débarrasser des plus faibles, infirmes ou vieillards.

Commençons par les mourants. Sans recommander une telle élimination, le principe hippocratique est, en cas d'affection incurable reconnue, "de ne pas causer de souffrance inutile" et de cesser de s'occuper du malade "au-dessus des ressources de l'art". C'est une régression par rapport à Imhotep qui, dans le papyrus Ebers, au XVI<sup>ème</sup> siècle av. J.-C. évoque le malade que va tuer un cancer de l'estomac en recommandant au praticien : "Prends soin de lui, ne l'abandonne pas". C'est que le médecin n'est pas à l'abri de critiques comme l'exprime Celse encore : "Un homme prudent ne doit pas toucher à ceux qui ne peuvent guérir, de peur de passer pour le meurtrier de celui qui succombe". C'est la position que confirmera à la fin du XII<sup>ème</sup> siècle l'école de Salerne. "Pour éviter de faire croire que le patient périt par notre faute, il est préférable de s'abstenir de tout traitement". On a même vu des médecins recommander de ne plus soigner des patients qui ne pourraient bientôt plus les payer ! Les choses vont heureusement changer un peu plus tard. Par exemple au XVII<sup>ème</sup> siècle, le médecin de Montpellier Jean Bernier soutient que les praticiens peuvent continuer à s'occuper de malades "condamnés parce que le pronostic n'est jamais sûr". En 1803 dans un premier *Manual of Medical Ethics*, le médecin de Manchester Thomas Percival défend ouvertement les soins aux mourants. En 1845 dans sa *Déontologie médicale*, le médecin français Max Simon confirme que "le médecin doit s'efforcer de suppléer à cette impuissance qu'il déplore par l'empressement de ses soins, la délicatesse de ses prévenances, la douceur, l'aménité de ses paroles". La bienveillance est affirmée, mais il faudra attendre les années 1960 et le mouvement des hospices pour voir la bienfaisance disposer des moyens nécessaires pour mettre en place les soins palliatifs.

On a vu que la Révolution française avait décidé de soigner gratuitement les pauvres à l'hôpital. En 1842 dans son utopie *Voyage en Icarie*, le socialiste français Eugène Cabet confirme que les malades seront particulièrement bien traités à l'hôpital, "la République ayant pensé qu'il fallait mieux traiter encore ses citoyens malades que ses citoyens en bonne santé". Voilà une première expression explicite de ce que l'on appelle maintenant une "discrimination positive".

Le rôle social du médecin s'étendant, suivant la définition de la santé élargie par l'OMS, une disposition législative de 1971 introduira une dérogation au secret médical pour permettre de signaler de mauvais traitements infligés à des mineurs (élargie à des majeurs en 1994), afin de les faire bénéficier de mesures de protection appropriées.

Cette protection renforcée des personnes les plus vulnérables est exprimée particulièrement pour la recherche. "Certaines catégories de sujets sont plus vulnérables que d'autres et appellent une protection adaptée" dit l'article 8 de la Déclaration d'Helsinki 2000. Il s'agit de mineurs, de femmes enceintes (pour leur enfant), de détenus, de personnes privées de leur capacité de discernement, voire d'étudiants vis-à-vis de leur patron.

Signalons au passage que cette protection renforcée a dispensé certaines catégories de personnes jugées plus faibles, comme les femmes ou les personnes âgées, de recherches en les privant secondairement des progrès correspondants, les résultats observés chez des hommes ou des sujets plus jeunes ne leur étant pas complètement applicables. TROP de protection peut pénaliser.

## Autonomie et information des patients

Une deuxième évolution de fond concerne la définition de l'intérêt des patients. Il a longtemps peu prêté à discussion, résumé par La Fontaine dans sa fable *La Mort et le bûcheron* : "Plutôt souffrir que mourir, c'est la devise des hommes". Tout était bon pour éviter la mort. À vrai dire il n'y avait alors pas grand chose de bon, d'efficace. Cet intérêt de base, alors peu discutable et encore aujourd'hui souvent pertinent, a été remis en question sous deux influences principales, me semble-t-il.

Il y a eu pour commencer l'extraordinaire développement des moyens de la médecine. Le renforcement de leur efficacité a pour corollaire celui de leur toxicité. On a vu des guérisons obtenues à un prix très fort – payé immédiatement ou en redoutables séquelles – ainsi que des acharnements thérapeutiques mal se terminer, notamment pour des chefs d'État, frappant les populations, à la fin des années 1970. Du coup on a ressorti le principe hippocratique "*Primum non nocere*" pour constater sa désuétude, son respect exposant à l'inaction. La Déclaration d'Helsinki a le mérite de clamer l'évidence (art.7 de la version 2000) : "Dans la recherche médicale comme dans la pratique médicale courante, la mise en œuvre de la plupart des méthodes diagnostiques, thérapeutiques et de prévention expose à des risques et à des contraintes".

Cette association entre efficacité et toxicité est inéluctable : même l'effet *placebo* d'une substance inactive a pour contrepartie un effet *nocebo*. Elle a fait surgir un principe peut-être mineur, mais important en pratique, celui de proportionnalité. Le médecin, on y revient, doit s'efforcer d'être plus utile que toxique, pour un individu, comme pour un ensemble de malades, en tenant compte des risques engendrés par l'évolution spontanée de la maladie/blessure. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 l'indique d'une autre manière : les soins ne doivent pas faire courir au patient des "risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté".

Cette proportion – ou cette disproportion – se fonde sur la double estimation du bénéfice attendu, des risques potentiels et de leur retentissement sur les intérêts du patient, sa qualité de vie. Or comme l'indiquent les *Principes d'éthique médicale européenne* : "Le médecin ne peut substituer sa propre conception de la qualité de vie à celle de son patient".

Il y a là une seconde évolution majeure, l'abandon d'un paternalisme de principe et la reconnaissance d'une autonomie des personnes pour juger de leur intérêt. Celui-ci ne peut plus être systématiquement évalué sans leur participation, à plus forte raison à leur insu. Ce serait désormais substitution confinant à usurpation, sauf si le patient renonce à ce qui lui est désormais reconnu comme un droit pour se fier entièrement à son médecin.

C'est le résultat d'un mouvement général d'émancipation. Il a touché les esclaves, les peuples colonisés, les femmes, les mineurs... D'une certaine manière, les patients sont les derniers à le suivre. Il ramène au principe de bienveillance si l'on reconnaît que le bien d'une personne ne peut plus être décrété d'une façon générale ou déterminé par un tiers, fût-il médecin, mais seulement défini par elle ou du moins avec elle.

C'est dans les années 1980 que ce principe d'autonomie a émergé au premier rang des principes éthiques en médecine. Cette véritable propulsion a été favorisée par le succès des *Principles of biomedical ethics* de Thomas Beauchamp (également co-auteur

d'un livre important sur le consentement éclairé en 1985) et James Childress dont la première publication remonte à 1984 et qui a déjà connu cinq éditions en moins de vingt ans. Ils considèrent l'autonomie comme l'un des quatre principes fondamentaux en bioéthique. J'ai moi-même organisé en 1988 un colloque – international mais seulement francophone – à Bordeaux dont j'ai tiré un ouvrage intitulé *L'autonomie en médecine* publié en 1991 chez Payot. C'est à ma connaissance le premier livre consacré à ce sujet en médecine, seulement rejoint cette année par un autre livre d'une philosophe anglaise.

Je ne suis pas sûr que ce principe d'autonomie se soit encore bien implanté dans notre pensée médicale, mais je suis convaincu que cela ne saurait tarder. En effet, la reconnaissance et l'exercice de l'autonomie dépend dans une large mesure d'une information adéquate. C'est elle qui fonde principalement la liberté de juger, de choisir, de se décider. Comme l'Évangile de Jean (8 : 32) le fait dire à Jésus : "Vous connaîtrez la Vérité et la vérité vous affranchira". Or vous savez que cette information a franchi des progrès décisifs au cours des dernières années.

Je ne reviendrai pas sur l'évolution ancienne des mentalités et des pratiques médicales résumée de façon caricaturale par les réponses à la question "Faut-il dire la vérité ?". Le premier repère bien identifié en faveur de l'information des patients se trouve dans un document sur la recherche médicale – domaine avancé de ce qui devient ensuite la pratique courante – en l'espèce le Code de Nuremberg en 1947. Vous voudrez bien accepter que j'insiste un peu sur cette information à laquelle je crois avoir consacré quelque effort depuis vingt ans. En France son principe était inscrit dès 1936 dans l'arrêt Mercier de la Cour de Cassation assimilant la relation médecin-malade à un rapport contractuel : qui dit contrat, dit capacité pour y souscrire en connaissance de cause.

En 1980 la commission Mac Aleese mettait en évidence que la majorité des contentieux entre médecin et patient trouvait son origine dans un défaut d'information. Autrement dit les médecins ne répondaient pas de façon satisfaisante aux besoins des malades dans ce domaine. J'ai eu la chance, étant cancérologue et donc particulièrement concerné par cette question, d'avoir mon attention retenue par les conclusions de cette commission qui passèrent dans l'ensemble relativement inaperçues. La loi du 20 décembre 1988, dite loi Huriet-Sérusclat, relative à la protection des personnes se prêtant à la recherche biomédicale, imposa information et consentements écrits et son retentissement fut circonscrit aux équipes médicales se livrant à une telle recherche, de façon moins diffuse qu'aujourd'hui ; elle commença par susciter plus de réserves que d'adhésion, mais elle eut finalement un effet pédagogique majeur. À partir de 1970 les lois hospitalières successives ont chaque fois renforcé les dispositions en faveur de l'information des patients, rassemblées dans la Charte du patient hospitalisé du 6 mai 1995.

L'information allait s'implanter, de façon officielle et généralisée à toute la pratique médicale, dans le Code de déontologie médicale de 1995, avec cependant un impact encore restreint. Ce furent finalement, à partir de 1997, des arrêts de la Cour de Cassation pour l'exercice privé, puis du Conseil d'État pour l'exercice public qui ébranlèrent profondément le corps médical et lui firent comprendre, dans son ensemble, l'importance de l'information des malades et ses conséquences pour la pratique courante, ce qui vient d'être inscrit dans la loi du 4 mars 2002.

Dans un tel domaine l'obligation légale ou l'incitation jurisprudentielle peut compter moins que les mentalités médicales ou que le contexte social et culturel. Les médecins ont longtemps fait figure d'exception, autorisés de façon quasi unanime à user de mensonge charitable. En 1797 Emmanuel Kant va s'inscrire en faux contre cette tolérance dans son essai *Sur le droit prétendu de mentir par charité*. Mais en 1803 Thomas Percival défend cette pratique, et en 1845 Max. Simon ne fera guère mieux en écrivant : "Le médecin doit peser chacune de ses paroles dans la crainte qu'un mot imprudent ne révèle au malade l'affection grave dont il est atteint". Au début du XXème siècle surtout, c'est l'ensemble de la société qui demande aux médecins de cacher aux malades leur pronostic et leur mort prochaine. Ayant quitté Paul Lecène agonisant, Henri Mondor dira : "J'ai recueilli ses dernières paroles avec la terreur de le découvrir tout d'un coup instruit du dénouement".

Avec le recul on se demande comment une telle position a été défendue. Elle était intenable et n'a pas tenu. Les médecins ont découvert l'incohérence qu'il y avait à prétendre mériter la confiance des patients tout en disposant de la possibilité de mentir. Les familles ont relu Nietzsche selon qui "les vérités que l'on tait deviennent vénémeuses". Tous ont constaté qu'un mur de mensonges isole mieux que les parois d'un tombeau, qu'il entraîne une mort sociale souvent pire que la mort physique, qu'il dissocie les différents protagonistes, patient en tête, à un moment où l'épreuve demande au contraire de rassembler les ressources de chacun.

Les formidables développements des moyens d'information ont achevé de bouleverser la donne. Cela oblige plus qu'avant les médecins à savoir communiquer, ce qui n'est pas simple. Même la Cour de Cassation a reconnu qu'il fallait éviter des informations iatrogènes et que le devoir de ne pas nuire pouvait justifier certains silences de médecins. Cette observation amène à un principe éthique relativement nouveau : le devoir de compétence.

### **Compétence des médecins**

C'est sans doute l'évolution la plus notable. On passe d'un vide complet chez Hippocrate à la formule de Jean Bernard : "Tout ce qui n'est pas scientifique n'est pas éthique" en fin de XXème siècle.

Dans la Rome de Sénèque ou Cicéron, les malades préféraient un médecin incompetent mais courtois à un praticien compétent mais discourtois. À ma connaissance c'est la prière de Maïmonide qui fait apparaître pour la première fois ce devoir en un temps où les moyens de la médecine sont bien modestes pour contribuer au bien des malades. "Que mon esprit [...] ait présent tout ce que l'expérience et la science lui ont enseigné ; [...] que je sois modéré en tout mais insatiable dans mon amour de la science. [...] Donne-moi la force, la volonté et l'occasion d'élargir de plus en plus mes connaissances".

En France, la loi post-révolutionnaire de 1803 refonde la médecine en condamnant son exercice illégal. Après l'abolition des officiers de santé en 1892, les médecins auront le monopole de l'exercice légal suivant l'obtention d'une thèse de doctorat couronnant leurs études validées. Statut de science de la médecine et compétence des praticiens ont pris une importance cruciale avec le développement des connaissances et des moyens médicaux, d'autant plus que ces derniers peuvent être en permanence remis en

question. Comme le dit la Déclaration d'Helsinki, "Les méthodes diagnostiques, thérapeutiques et de prévention, même les plus éprouvées, doivent constamment être remises en question par des recherches portant sur leur efficacité, leur efficience et leur accessibilité" (art.6).

Ce devoir de compétence est affirmé aussi par le Code de déontologie médicale (art.32 et 33) qui évoque notamment les données acquises de la science, les méthodes scientifiques les mieux adaptées et le recours éventuel à des tiers appropriés. Ces données de la science prennent aujourd'hui la forme de standards, de méta-analyses, de conférences de consensus... de médecine fondée sur des preuves. La suivre est peut-être aujourd'hui la meilleure façon de retrouver la "probité" du *Serment* d'Hippocrate.

Pour passer de la bienveillance à la bienfaisance, il faut que la compétence du médecin puisse s'exprimer en toute indépendance. Il ne s'agit pas d'une indépendance mythique face à la pression de la maladie et à l'influence des connaissances (pouvoir épistémique). L'objectif principal de cette indépendance est qu'en aucun cas les intérêts du patient ("mon premier souci") ne passent après d'autres intérêts : intérêt du médecin lui-même qui ne saurait être motivé principalement par "la soif du gain ou la recherche de la gloire" (Maïmonide) ; intérêts d'un employeur, d'un complexe médico-industriel, de la société dans son ensemble ; le pouvoir épistémique aussi pourrait devenir tyrannique si l'on ne savait pas le maîtriser. Ces influences sont toutes respectables mais ne peuvent venir qu'au second rang. Elles peuvent apparaître en toute clarté, en toute transparence suivant un principe bien mis en évidence par Kant.

## Conclusion

Ces quelques réflexions ont tenté de baliser les principaux éléments d'une évolution longue et complexe. L'éthique est aujourd'hui relayée par le droit en fonction d'un contexte international de plus en plus détaillé et de traditions culturelles qui ne sont pas encore laminées. Comme le Code de déontologie, ce droit n'est pas fait pour sanctionner mais d'abord pour guider, indiquer les bonnes pratiques, en médecine comme ailleurs.

Cela conduit à souligner l'élément qui me semble finalement le plus déterminant. On est passé d'une prépondérance de la conscience individuelle à une éthique collective. Cela n'est possible que grâce à un altruisme – l'attention portée à autrui – et à une tolérance – au contraire du fanatisme – qui définissent l'humanisme.

## SUMMARY

### *Medical ethics. Evolution Century after Century*

*Since Hippocrates had succeeded to specify the medical science his ethical principles-kindness, deference to human life, privacy of home- were expressed in the so-called Hippocratic Oath.*

*Later some principles of non-discrimination were added, chiefly in the field of the medical research.*

Translation : C. Gaudiot