



Espace de Réflexion Éthique
de Nouvelle-Aquitaine
BORDEAUX LIMOGES POITIERS

REVUE DE BIOÉTHIQUE DE NOUVELLE-AQUITAINE

SOMMAIRE

- Don d'organe : sommes-nous « recyclables » ?
- La violence faite aux migrants : questionnement éthique d'un psychiatre, soignant et citoyen.
- L'humour carabin, du réflexe défensif à l'éthique.
- Médecine éco-responsable, mirée à l'aune de la santé individuelle ou du bien-être collectif ?
- Gouvernance et programmation : archéologie de l'IA dans le quotidien des soins infirmiers. Quelle réponse éthique à la robotisation des soins?
- Peut-on appliquer le principe « d'intérêt supérieur » aux personnes dites vulnérables ?

2019
Numéro 4

Rédacteurs en chef : Pr Bernard BIOULAC, Dr Maryse FIORENZA-GASQ, Pr Roger GIL, coordonnateur

Comité de rédaction : Dr Véronique AVEROUS, Sophie TRARIEUX-SIGNOL, Milianie LE BIHAN, Muriel RAYMOND, Dr Geneviève PINGANAUD, Pr René ROBERT, Laurette BLOMMAERT, Hélène BRU, Christine RIBEYROLLE-CABANAC

N°ISSN : 2261-3676

Editeur : ERENA

Correspondance : milianie.lebihan@chu-poitiers.fr

Retrouvez les règles éditoriales pour les propositions d'articles sur le site web de l'ERENA au lien suivant : https://espace-ethique-na.fr/ressources_477/revue-bioethique_911.html

SOMMAIRE

Don d'organe : sommes-nous "recyclables" ? -----	7
<i>Alexandre Herbland</i>	
La violence faite aux migrants : questionnement éthique d'un psychiatre, soignant et citoyen. -----	15
<i>Jean-Michel Vermande</i>	
L'humour carabin : du réflexe défensif à l'éthique. -----	27
<i>Grégoire Monseau</i>	
Médecine éco-responsable, mirée à l'aune de la santé individuelle ou du bien-être collectif ?-----	33
<i>Valentin David</i>	
Gouvernance et programmation : archéologie de l'IA dans le quotidien des soins infirmiers. Quelle réponse éthique à la robotisation des soins ? -----	47
<i>Willy Lherpinière</i>	
Peut-on appliquer le principe d'intérêt supérieur aux personnes dites vulnérables ? -----	57
<i>Catherine Tourette</i>	

EDITORIAL

Voici le quatrième numéro de la Revue de bioéthique de Nouvelle-Aquitaine. Elle paraît au début de l'année 2020 et présente des articles variés tant par les sujets abordés que par les parcours biographiques des auteurs. Elle témoigne du souci de l'Espace de réflexion éthique de Nouvelle-Aquitaine : promouvoir la réflexion éthique en offrant un lieu d'expression à toutes celles et à tous ceux qui, à côté des débats éthiques, souhaitent aussi s'exercer au travail d'organisation de la pensée nécessaire par l'écriture. Les auteurs qui souhaitent adresser un article à la Revue trouveront les règles éditoriales sur le site de l'ERENA :

https://espace-ethique-na.fr/ressources_477/revue-bioethique_911.html

Le prochain numéro sera thématique et traitera de Neurosciences et éthique.

Nous présentons à tous nos lecteurs une bonne et heureuse année nouvelle. Qu'elle fasse grandir en chacun les interrogations éthiques dans un monde en quête de repères.

Bonne lecture

Roger Gil

Bernard Bioulac

Maryse Fiorenza-Gasq

Titre : Don d'organe : sommes-nous « recyclables » ?

Alexandre Herbrand,

praticien hospitalier, service de réanimation polyvalente du Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis, 17000 La Rochelle

Mots clés : Don d'organe – recyclage – déchet – communication – information – loi de bioéthique

Résumé : Don d'organe : sommes-nous « recyclables » ?

En France en 2016, la législation sur les modalités de l'expression du refus du don d'organe post mortem évoluent et l'Agence de biomédecine est missionnée pour informer la population sur les nouvelles modalités d'expression du refus dans le cadre de campagnes d'information nationale. A cette même période une équipe provinciale de coordination hospitalière des prélèvements d'organes et de tissus est à l'initiative d'une campagne de communication à l'échelle locale, originale et décalée par rapport à la communication nationale. Cette campagne locale est conçue bénévolement par une agence de communication, et son déploiement médiatique est financé par un système de mécénat. La campagne fait apparaître un homme ou une femme nue interpellant le spectateur avec ce slogan : « Je suis recyclable, vous aussi ! ». La mise en parallèle du don d'organe avec la recyclabilité du corps suscite des réactions mitigées. Les uns louent l'aspect novateur et accrocheur de la campagne, les autres, plus critiques, réproouvent la possible assimilation du corps à un déchet. Quels sont les enjeux éthiques mobilisés par cette campagne de communication locale en faveur d'une cause nationale ?

Keywords : Organ donation – recycling – waste – communication – information – bioethic law

Abstract : organ donation: are we recyclable?

In France in 2016, legislation on the modalities of refusal of postmortem organ donation is undergoing evolution and the Agence de biomédecine is mandated to inform the population on the new modalities of refusal expression as part of national information campaigns. At the same period, a departemental coordination team for organ and tissue removal initiated a local communication campaign, out of step with the national communication. This local campaign was designed on a voluntary basis by a communication agency, and its media deployment was financed by a sponsorship system. The campaign featured a naked man or woman challenging the audience with the slogan : "I am recyclable, what about you ! ». The parallel between organ donation and the recyclability of the body elicited mixed reactions. Some praised the innovative and appealing aspect of the campaign, while others, more critical, rejected the possible assimilation of the body to waste. What are the ethical issues raised by this local communication campaign in favour of a national cause?

Keywords : organ donation, recycling, waste, communication, information, bioethic law

Sommaire

I-CONTEXTE NATIONAL

II-CONTEXTE LOCAL

III-ENJEUX ETHIQUES

III-A Les principe éthiques

III-B Communication et information

III-C Recyclabilité et don d'organe

III-D Corps nu et recyclage

III-E La sacralité du corps et des organes

III-F Le mécénat

IV-CONCLUSION

I-CONTEXTE NATIONAL

Le don d'organe en France est coordonné par l'Agence de biomédecine (ABM), instance nationale qui encadre, finance, accompagne les prélèvements et les greffes d'organes et de tissus en France. L'ABM qui a aussi une mission d'évaluation et d'information, est relayée sur le terrain par des équipes de coordinations hospitalières implantées dans les établissements de santé participants à cette activité.

En 2016 et jusqu'à aujourd'hui, le contexte en France est celui d'une demande de greffons toujours croissante et bien supérieure à l'offre, posant le problème de la « pénurie » de greffons et des conditions d'attente pour les patients sur liste de greffe. La majorité des dons d'organes (92%) en France sont issus de prélèvements *post mortem*. La principale cause de non prélèvement d'un organe sur patient décédé en état de mort encéphalique est le refus de prélèvement par les proches (60,8%) devant l'opposition du défunt (37,1%) l'opposition du procureur (1,7%) et l'opposition de l'administration hospitalière¹. Le taux de refus (toutes causes confondues) en 2015 est de 32% en France et 15,3% en Espagne. Devant ce constat les pistes d'amélioration évoquées par l'ABM pour 2017 sont entre autres une baisse du taux d'opposition en rapport avec la mise en place d'une nouvelle législation faisant évoluer les modalités d'expression du refus. En France, l'article 16 du code civil² assure la primauté de la personne et la non patrimonialité du corps humain. La République soucieuse de promouvoir le plus grand bien pour le plus grand nombre opta à travers la loi Cavaillet du 22 décembre 1976³ pour les trois piliers du don : le consentement implicite (ou présumé), l'anonymat et la gratuité. Ainsi toute personne décédée est susceptible de

1 Agence de la biomédecine - Le rapport annuel médical et scientifique 2016, <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2016/donnees/or-ganes/01-prelevement/synthese.htm>.

2 Code civil - Article 16.

3 Loi n°76-1181 du 22 décembre 1976 relative aux prélèvements d'organes.

donner ses organes, les personnes opposées au don d'organes après leur décès pouvant s'enregistrer dans le registre national des refus. Le décret n° 2016-1118 du 11 août 2016 relatif aux modalités d'expression du refus de prélèvement d'organes après le décès⁴, précise les modalités de refus en ajoutant au registre national des refus la possibilité d'exprimer un refus par écrit ou par oral transmis par les proches. Le décret stipule aussi que les modalités d'expression du refus doivent faire : « l'objet d'une information auprès du public mise en œuvre par l'Agence de biomédecine ». En parallèle le plan 2017-2021 du ministère de la santé pour la greffe d'organes et de tissus, fixe un objectif global de diminution du taux de refus de 32% en 2015 à 25 % en 2021⁵. Dès lors l'ABM exécute cette injonction avec la mise en œuvre d'une campagne d'information dont le message est : « Vous êtes donateurs sauf si ne voulez pas être donneur »⁶, informant le grand public sur les modalités d'expression du refus et l'existence du registre national du refus.

II-CONTEXTE LOCAL

L'hôpital de La Rochelle, par l'intermédiaire de son équipe de coordination des prélèvements, est un acteur du réseau national et participe à l'activité de prélèvements d'organes (cœurs, poumons, foies, reins) et de tissus (cornées), uniquement sur personnes décédées. En 2016, l'équipe de coordination hospitalière rencontre le directeur d'une agence de communication locale, qui, séduit par l'énergie et l'enthousiasme de cette équipe, leur propose de monter gratuitement une campagne de communication locale centrée sur le don d'organe (tout le travail inhérent à la création artistique et au plan média est gratuit). L'objectif de l'équipe est de sensibiliser la population locale au don d'organes et inciter les gens à en parler pour inviter chacun à se prononcer de son vivant sur le don. La puissance et la créativité du communicant aboutissent à la création d'un dossier de presse permettant une levée de fond grâce à des mécènes qui financeront la campagne et ajouteront leurs noms à cette opération médiatique autour du don d'organes. Une conférence de presse annonce le début de la campagne, des réunions d'information sur le don d'organes ont lieu dans la ville.

Le thème de la campagne est percutant : une personne anonyme (homme ou femme de tous âges), ou une personnalité reconnue dans son domaine (sportif ou artiste) connue pose nue sur une affiche sous le slogan : « Je suis recyclable, vous aussi ! »⁷. Cette campagne de communication

4 Décret n° 2016-1118 du 11 août 2016 relatif aux modalités d'expression du refus de prélèvement d'organes après le décès.

5 Plan 2017-2021 pour la greffe d'organes et de tissus.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2017-2021_pour_la_greffe_d_organes_et_de_tissus.pdf.

6 <https://www.dondorganes.fr/campagnes/2016>

7 <https://www.sudouest.fr/2017/06/02/nus-pour-convaincre-3498375-5320.php>.

s'affiche sur les arrêts de bus, les magazines et journaux locaux et s'immisce dans les rendez-vous publics (rencontres de rugby de TOP14, séances de cinémas). On peut y retrouver un lien vers un site internet affilié à la campagne qui relaie toutes les informations utiles sur le don d'organe⁸. Les noms des principaux mécènes figurent en bas de l'affiche, l'ABM n'y figure pas car elle n'interdit pas mais ne souhaite pas afficher son soutien à cette campagne locale. L'année suivante la campagne est relancée avec des budgets plus conséquents et des canaux de communications plus variés (réseaux sociaux, TV, webTV) et la campagne a gagné un prix de communication (Trophées de la com' Sud-ouest). Cependant le côté provocateur et accrocheur de la campagne de communication n'est pas sans susciter quelques réactions d'observateurs qui émettent des réserves sur l'association du slogan « Je suis recyclable » à un corps nu qui pourrait faire assimiler l'homme à un déchet^{9,10}.

Le constat initial est celui d'un manque de greffon en France et de la persistance d'un taux de refus du don d'organe toujours significatif, en grande partie expliqué par un défaut d'information des patients et des familles sur la législation en cours dans notre pays. Dans une dynamique nationale d'information, l'équipe hospitalière de coordination du don a eu l'opportunité d'agir localement en marge de la communication nationale, avec l'accord de l'ABM. L'idée initiale était de communiquer sur le don pour délivrer une information aux habitants de cette ville et sensibiliser la population locale à l'idée que nous sommes tous donneurs potentiels afin de contribuer à diminuer le taux de refus. Profiter du savoir-faire et de la philanthropie d'un communicant mettant son expertise au service d'une cause nationale semblait une bonne initiative. Si la visée et l'intention sont bonnes *a priori*, on peut malgré tout tenter d'analyser le contexte qui fait naître cette campagne, ainsi que la campagne elle-même (fond et forme) afin de mettre en évidence les problèmes qu'elle peut soulever d'un point de vue éthique.

III-ENJEUX ETHIQUES

III-A Les principes éthiques

III-A-1 L'autonomie et le biopouvoir

L'idée que l'Etat, après un renforcement législatif sur le consentement présumé, souhaite informer la population de la possibilité de choisir sa position par rapport au don *post mortem* et de la possibilité d'exprimer un refus de son vivant peut être vue comme une volonté d'autonomisation de la population en lui disant qu'elle a le choix. Cependant en incitant chacun à se positionner, l'objectif premier

8 Je suis Recyclable : la campagne de sensibilisation pour le don d'organes, <http://je-suis-recyclable.com/>.

9 <https://france3-regions.francetvinfo.fr/nouvelle-aquitaine/charente-maritime/la-rochelle/compagnie-bus-rochelle-refuse-relayer-campagne-faveur-du-don-organes-1482261.html>.

10 <http://divergences.be/spip.php?article3299>.

est bien de pouvoir prélever un plus grand nombre de patients décédés en s'affranchissant de la position des proches (principal motif de refus après décès du patient) sous prétexte d'une information effectuée au préalable. L'Etat exerce ainsi au nom de l'intérêt collectif une hétéronomie qui donne l'illusion d'une autonomie dans le choix vis-à-vis du don d'organe. On retrouve ici une volonté étatique de contrôle et de régulation de la vie qui illustre bien la notion de biopouvoir décrite par Michel Foucault¹¹ : c'est-à-dire un mode d'exercice particulier du pouvoir qui prend en charge la vie de la population. Michel Foucault décrit deux pôles qui s'articulent dans l'exercice du biopouvoir : un pôle individuel qui donne lieu à une volonté disciplinaire des corps individuels par l'intermédiaire d'institutions (écoles, casernes, hôpitaux) et un pôle régularisateur s'adressant à la masse de la population concernée pouvant s'exercer à travers des lois ou des mécanismes assurantiels.

III-A-2 Principe de bienfaisance et déontologie

Le simple fait que le législateur encourage une information du public par l'ABM (relayée par des médecins et des infirmières de coordination hospitalière) pose un problème déontologique. En effet l'article 19 (article R.4127-19 Du CSP)¹² indique que : « La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale ». Au nom du bénéfice collectif relevant du principe de bienfaisance, des personnels soignants peuvent-ils être mandatés par l'Etat en totale contradiction avec le code de déontologie, pour faire la promotion d'un acte - la greffe d'organes et de tissus - ultra-médicalisé ?

III-A-3 Principe de justice

L'aspect local de la communication nous semble aller contre le principe de justice. La circonscription géographique de cette campagne de communication introduit une disparité sur le niveau d'information des régions françaises. L'équipe locale fait un choix de communication qui se distingue de la politique de communication nationale, avec ses propres financements indépendants. Le principe du don anonyme et gratuit ne mérite-t-il pas une harmonisation nationale de la communication sur le don, sans exception, sans particularisme régional ? Si chaque coordination hospitalière communiquait à sa manière sur le don (avec des arguments recevables par ailleurs : culture locale, mentalités, communautés, histoires régionales, etc.), le risque pourrait être celui d'une communication mal contrôlée par l'ABM, et donc des potentielles

11 Michel Foucault, *Il faut défendre la société*, Paris, Gallimard : Seuil, 1997 ; Michel Foucault, *Histoire de la sexualité. 1, La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 2015.

12 Code de la santé publique - Article R4127-19.

disparités d'information sur le territoire. Ces disparités seraient potentiellement à l'origine d'une distribution géographique inégale du nombre d'inscriptions au registre des refus, elle-même source de disparités de prélèvements entre territoires ou régions pourtant soumis au même règlement national en matière d'attribution et de répartition des organes. Ce rapport - alors inégal en fonction de l'information donnée dans chaque région - entre le nombre de prélèvements et le nombre de greffes effectuées par région pourrait être dénoncé comme injuste ou inadapté respectivement par des patients en attente de greffe et des équipes de coordination de régions particulièrement performantes en matière d'information, réclamant un « retour sur investissement » ou un rééquilibrage des dons en fonction des prélèvements.

III-B Communication et information

III-B-1 Information et incitation à se positionner

La recommandation du comité consultatif national d'éthique (CCNE) dans son avis n°115 datant de 2011 relatif au prélèvement et don d'organes à des fins de transplantation est de : « Diffuser largement l'information sur les conditions légales du prélèvement [...] et inciter les gens à parler de leur position à leurs proches pour que ces derniers puissent mieux témoigner de la volonté du défunt »¹³. A ce titre la volonté d'action menée par l'équipe de coordination est exemplaire mais arrive-t-elle à ses fins avec une incitation des gens à parler de leur position vis-à-vis du don ? Le message délivré par le slogan, court et percutant, provoque sans aucun doute une introspection chez le spectateur. Le personnage sur l'affiche se positionne en faveur du don (« Je suis recyclable ») et interpelle le spectateur sur sa position (« Vous aussi ! »), la question est donc posée directement au spectateur, le pari lancé par le CCNE « D'inciter les gens à parler de leur position à leurs proches... » semble réussi et cet objectif atteint. Il nous semble cependant que certains points de communication peuvent être discutés comme relevant ou non des bonnes pratiques déontologiques, ou des principes éthiques.

III-B-2 La communication peu informative

On ne doute pas de la volonté de bienfaisance de l'équipe de coordination locale qui met en place tous les moyens à sa disposition pour atteindre son objectif de sensibilisation au bénéfice de la population (notamment les personnes en attente de greffe). Il en est de même du communicant qui met son énergie, son savoir-faire au service d'une noble cause et participe ainsi à la démocratisation du débat sur le don. La mise en place d'une campagne de communication avec des codes modernes empruntés

¹³ https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_115.pdf.

au marketing et la publicité (image choc, slogan court et impactant) a-t-elle pour effet une sensibilisation du public et un effet d'information ? Le risque d'une telle procédure (non utilisée par l'ABM) est celui du manque d'information délivrée dans un message si court. Il est impossible sur un format de ce genre de parler du registre du refus mis en place par l'Etat, information relayée par l'ABM sur sa campagne nationale (moins percutante et plus terne !) et par la coordination hospitalière locale, en arrière-plan de cette campagne médiatique. Plus le message est concis plus l'information délivrée est partielle et donc tronquée au risque d'être mal interprétée. L'agence de communication fait son travail de communication dans une logique qui lui est propre (influencer les comportements avec des codes marketing) cependant le contenu du message effectivement délivré ou assimilé par le spectateur est très variable car jouant sur les émotions, l'affect et l'ambiguïté du slogan, couplé aux images. Il ne s'agit pas ici d'une transmission d'information claire dans son contenu et neutre dans sa forme. Il existe un hiatus entre l'information que l'ABM a pour mission de diffuser à la population et la communication effectivement en œuvre ici comme moyen d'influencer les comportements.

III-C Recyclabilité et don d'organe

III-C-1 Economie circulaire et principe de responsabilité

Dans l'avis n° 115 du CCNE au sujet du don d'organe, il est bien inscrit que la précision du vocabulaire change la perception de la réalité par la population et que par exemple : « Le maintien du vocabulaire économique de la « pénurie » (d'organes) semble préjudiciable au principe éthique de non patrimonialité du corps et de la gratuité du don ». Le concept de recyclabilité est, parmi d'autres notions comme l'écoconception ou le cycle de vie d'un produit, une composante de l'économie circulaire¹⁴. L'économie circulaire est reconnue comme l'un des axes du développement durable et de la transition écologique¹⁵. Ce mouvement trouve ses sources dans la pensée du philosophe allemand Hans Jonas¹⁶. Ce dernier énonce le principe de responsabilité, responsabilité pour autrui et devant l'avenir, signe distinctif de l'humanité et fondement de l'autonomie¹⁷. A travers cette philosophie de l'espérance responsable fondée sur le respect, on peut entendre dans la campagne un appel à la responsabilité de chacun pour la vie des autres, pour un avenir meilleur. Un vrai socle éthique sous-tend ce slogan en parfait accord avec le principe du don

¹⁴ <https://www.ademe.fr/expertises/economie-circulaire>.

¹⁵ <http://www.ecologique-solidaire.gouv.fr/leconomie-circulaire>.

¹⁶ Myriam Revault d'Allonnes, « Le développement durable : quels enjeux philosophiques ? », *Vraiment durable*, 2012, n° 1, p. 33-40.

¹⁷ Hans Jonas, *Le principe responsabilité: une éthique pour la civilisation technologique*, Paris, Flammarion, 2013.

d'organe (anonyme et gratuit) comme une solidarité nationale, qui porte le concept du don de soi comme un principe de responsabilité. Par ailleurs le modèle alternatif au modèle économique dominant, basé sur la circularité des matières et des produits, dans lequel s'inscrit le recyclage, participe à véhiculer des valeurs en accord avec le don d'organe (solidarité, gratuité).

III-C-2 Le cycle des déchets

Cependant on ne peut distinguer le mot recyclable de l'idée de déchet, de sac poubelle, de triage et de sélection, ce qui est très dévalorisant pour l'image d'un organe à greffer et du don d'organe en général. Sur le plan symbolique le déchet (sale, malodorant, inerte, usé et sans valeur) est à l'antithèse de l'organe à greffer qui représente la préciosité d'une source nouvelle de vie avec une valeur inestimable, qui peut potentiellement redonner une dignité perdue. Le triage fait appel aussi à une sélection des produits dignes ou pas d'être recyclés. Ceci peut aussi contribuer à introduire une vision mécaniste du corps, corps qui ne serait composé que de pièces détachées réutilisables (les organes), à trier avant réutilisation. Les personnes déjà transplantées ou en attente de greffe se voient-elles à travers cette campagne comme les récipiendaires d'un objet/déchet/organe qui a été recyclé par et à travers eux-mêmes. Leur vie participerait-elle à ce grand cycle des déchets recyclables ? et leur corps serait ainsi assimilable à un dispositif de valorisation des déchets, vision matérielle et utilitariste.

III-C-3 L'aspect économique

L'aspect économique qui découle directement de la notion de recyclabilité ne peut être éludé. L'économie circulaire est un modèle économique qui vise à travers le recyclage la consommation responsable, l'approvisionnement durable à augmenter l'efficacité des ressources et diminuer l'impact sur l'environnement. Ainsi si l'on se réfère à l'aspect économique auquel renvoie le recyclage, le don d'organe s'inscrirait dans une économie circulaire du corps humain et de ses dérivés. Cet aspect économique de la recyclabilité tend à faire passer l'homme et *a fortiori* les organes humains comme un moyen et non comme une fin. Par là il fait oublier le principe de gratuité, un des piliers du don d'organe en France, et met en question la dignité intrinsèque de toute vie humaine au sens kantien du terme. Dignité pourtant érigée par l'agence de biomédecine comme une valeur incontournable dans l'intention de greffer, et qui correspond à un impératif moral de respect de la vie humaine.

III-D Corps nu et recyclage

La nudité nous renvoie à notre pudeur et notre rapport au corps. Toutes les cultures ou communautés n'ont pas la même manière d'envisager ce rapport au corps. De même l'âge ou la

génération du spectateur ainsi que son histoire personnelle modifieront sensiblement la manière dont est reçue cette image forte. Les personnes ayant eu à faire dans leur histoire familiale avec les camps de concentration, les génocides, la guerre ou avec la marchandisation des corps ne pourront légitimement pas s'empêcher de faire un parallèle avec leur histoire personnelle, en retrouvant les mêmes codes (nudité, corps objet, deshumanisation, utilitarisme) Cette représentation et ce rapport au corps nu remettent en question les valeurs symboliques du don fondé à l'opposé sur la solidarité et une générosité interhumaine. La nudité et la recyclabilité du corps qui sous-entendent un corps matériel et inerte nous renvoient aussi vers la mort. L'association « corps nu et recyclage » peut donc renvoyer le spectateur à un référentiel macabre ou sinistre. Cette perception imagée d'un corps dépossédé de ses valeurs symboliques est en totale contradiction avec l'image d'un organe source de vie et d'espoir pour les patients en attente de greffe.

III-E La sacralité du corps et des organes

Le message délivré par l'intermédiaire de la notion de recyclabilité associée à la nudité met en question le caractère sacré du corps et des organes. Ces derniers incarnent la vie, elle-même à l'origine de questionnements existentiels propres à l'humanité. Chaque personne a une vision ou une représentation singulière de la vie qui peut (ou non) relever du sacré ou de la croyance. Le message délivré dans cette campagne peut être perçu comme banalisant et à un certain degré profanateur, car venant bousculer les croyances et les repères fondamentaux d'une partie de la population. De plus le caractère commercial du message de type publicitaire est-il vraiment compatible avec une cause qui se réclame de la solidarité et de la gratuité ? Ne participe-t-il pas lui aussi à la réification du corps et de la vie qu'il incarne ? Dans cette logique l'objectif visé par la campagne (sensibiliser la population au don, avec une arrière-pensée : faire baisser le taux de refus) n'est pas atteint. En prenant le risque de désacraliser le corps et les organes en les assimilant à des « objets » recyclables le message risque aussi d'entraîner un renversement de l'opinion qui pensera que le don d'organe est une pratique déshumanisée qui traite les personnes comme des objets, dans une logique économique et utilitariste dénuée d'engagement humaniste.

III-F Le mécénat

Le système de mécénat et de financement par des entreprises privées peut être analysé sous deux angles. D'un côté l'entreprise participe d'un acte de bienfaisance, favorisé et encouragé par l'Etat grâce à la mise en place de systèmes de défiscalisation, sacrifiant une partie de son budget pour soutenir une cause universelle ; elle mérite son titre de « bienfaiteur ». D'un autre côté on peut dire également qu'une entreprise peut, par ce procédé,

s'acheter une bonne image en s'associant à cette campagne de sensibilisation et ainsi parfaire sa communication à travers ce support. Cette cause nationale deviendrait *de facto* une caution morale pour des intérêts privés. Cette situation que l'on pourrait qualifier de « gagnante-gagnante » ne repose pas tant sur la philanthropie des mécènes mais sur un gain en termes de visibilité et d'image des participants. La campagne pour une cause universelle devient à ce moment, localement, aussi un moyen de communication pour des causes privées. La volonté initiale de bienfaisance de l'équipe de coordination, saisie par cette opération, est déviée de son sens originel et sert de support à un désir de rentabilité, à une fin utilitariste.

En outre que devrait-on penser si une entreprise dont l'activité est liée au don d'organe, (comme un fabricant de machines de conservation d'organes prélevés ou un laboratoire pharmaceutique vendant des traitements antirejet) était amenée à financer cette campagne ? De l'intérêt des liens, aux liens d'intérêts (ici d'ordre financiers pour les mécènes) la marge peut être minime. En effet le lien pouvant mettre en contradiction des intérêts privés (augmentation de l'activité et du chiffre d'affaires) et des intérêts collectifs (promouvoir la discussion autour du don d'organe), mène directement au conflit d'intérêt. Pourtant ce lien s'établit dans un cadre rendu possible et permis par l'Etat, (cadre légal de financement et défiscalisation) dont l'objectif est de contribuer au bien commun. La notion de lien d'intérêt est une notion présente dans l'espace public du fait de plusieurs affaires récentes très médiatisées (politiques publiques, partis politiques, financières, et dans le monde de la santé), qui sont à l'origine de récentes modifications de la loi (moralisation de la vie politique, et législation dans le domaine de la santé) qui vont dans le sens d'un plus grand contrôle. La prévention du conflit d'intérêt au centre de ces nouvelles lois prône la transparence et l'indépendance comme un rempart aux comportements litigieux. S'il n'y a pas lieu d'être dans la suspicion et de voir des conflits d'intérêts partout, il y a potentiellement ici source de problème dans la mesure où la campagne de communication peut être potentiellement détournée au profit d'une entreprise privée. La conscience et le jugement de l'équipe de coordination sont potentiellement soumis à des influences dont ils n'ont pas forcément conscience et qui mériteraient d'être complétés par le regard d'un tiers (comité d'éthique local ou commission institutionnelle par exemple).

IV-CONCLUSION

Au final cette situation fait apparaître plusieurs tensions qui débordent parfois le simple cas traité vers des considérations plus générales applicables à d'autres domaines ou extrapolables à la politique de santé. Pour atteindre son objectif d'amélioration de l'état de santé de la population en attente de greffe, l'Etat se doit d'accroître le nombre de prélèvements

d'organes *post mortem*. Selon la loi, toute personne décédée étant susceptible de donner ses organes, le seul paramètre permettant d'augmenter le nombre de donateurs potentiels est donc d'informer la population sur les modalités d'expression du refus précisant les moyens opposables pour exprimer son opposition au don *post mortem* et notamment sur l'existence d'un registre du refus. Au final cette position héritée d'une situation de pénurie de greffons justifie-t-elle dans une logique utilitariste de mettre tous les moyens communicationnels en œuvre afin de changer les comportements au risque d'une matérialisation et d'une désacralisation du don, elle-même en contradiction avec le principe de non-patrimonialité du corps humain ? Ou le don d'organe est-il une cause nationale, certes prioritaire car le nombre de patients sur liste d'attente d'un greffon augmente inexorablement, mais une cause relevant d'une sphère sacrée ne pouvant être utilisée en communication comme un moyen au service d'une autre fin ? Ainsi l'Etat, pour satisfaire son objectif d'augmenter le nombre de prélèvements, devrait obligatoirement informer clairement toute la population sur le consentement présumé et les modalités d'expression du refus inscrits dans la loi. En incitant ainsi chaque individu à se positionner, toute personne décédée en état d'être prélevée et n'ayant pas fait valoir son refus de son vivant serait donc prélevable car informée au préalable.

Bibliographie

ALLONNES Myriam Revault D', « Le développement durable : quels enjeux philosophiques ? », *Vraiment durable*, 2012, 1, 1, p. 33-40.

FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité. 1, La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 2015.

FOUCAULT Michel, *Il faut défendre la société*, Paris, Gallimard : Seuil, 1997.

JONAS Hans, *Le principe responsabilité: une éthique pour la civilisation technologique*, Paris, Flammarion, 2013.

Loi n°76-1181 du 22 décembre 1976 relative aux prélèvements d'organes, 1976. URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000699407>

Agence de la biomédecine - Le rapport annuel médical et scientifique 2016, URL : <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2016/donnees/organes/01-prelevement/synthese.htm>.

Code civil - Article 16. URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006419320&cidTexte=LEGITEXT00006070721&dateTexte=19940730>

Décret n° 2016-1118 du 11 août 2016 relatif aux modalités d'expression du refus de prélèvement d'organes après le décès. URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033027728&categorieLien=id>

Plan 2017-2021 pour la greffe d'organes et de tissus. URL : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2017-2021_pour_la_greffe_d_organes_et_de_tissus.pdf

Les campagnes d'information, in dondorganes.fr, URL : <https://www.dondorganes.fr/campagnes/2016>

Don d'organes : à La Rochelle, ils posent nus pour la bonne cause, in sudouest.fr, URL : <https://www.sudouest.fr/2017/06/02/nus-pour-convaincre-3498375-5320.php>

Je suis Recyclable : la campagne de sensibilisation pour le don d'organes, URL : <http://je-suis-recyclable.com/>

France3v, La compagnie de bus de La Rochelle refuse de relayer la campagne en faveur du don d'organes, URL : <https://france3-regions.francetvinfo.fr/nouvelle-aquitaine/charente-maritime/la-rochelle/compagnie-bus-rochelle-refuse-relayer-campagne-faveur-du-don-organes-1482261.html>

Je suis recyclable..., in divergences.be, URL : <http://divergences.be/spip.php?article3299>

Code de la santé publique - Article R4127-19. URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912881&cidTexte=LEGITEXT00006072665&dateTexte=20040808>

Comité consultatif national d'éthique, Questions d'éthique relatives au prélèvement et au don d'organes à des fins de transplantation, URL : https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_115.pdf

EXPERTISES, Économie circulaire, URL : <https://www.ademe.fr/expertises/economie-circulaire>

Ministère de la transition écologique et solidaire, L'économie circulaire, URL : <http://www.ecologique-solidaire.gouv.fr/leconomie-circulaire>

Titre : La violence faite aux migrants : questionnement éthique d'un psychiatre, soignant et citoyen.

Jean-Michel VERMANDE, Psychiatre, Médecin du Monde, Bordeaux.

Mots clés : Psychiatrie – Etat – Pulsion de mort – Femme – Précaire

Résumé : La violence faite aux migrants : questionnement éthique d'un psychiatre, soignant et citoyen.

De quelle légitimité le psychiatre qui reçoit des migrants s'autorise-t-il ? De quel savoir assuré ? Quelle place occupe-t-il dans le système « Droit d'Asile » ? A partir de l'interférence de l'Etat dans une pratique de soins, il s'est avéré nécessaire d'évoquer certaines réalités socio-culturelles et historiques pour essayer d'éclairer cette place. Le chemin emprunté passe par la mise en exergue du concept de pulsion de mort et le suivi de ses nombreux avatars dans le temps et l'espace. Il ne peut que nous amener vers la question de l'originaire, au champ du mythe et de la psychogenèse dans un survol téméraire. Nous y rencontrons la femme, réceptacle princeps de la pulsion de mort et première précaire. Qui nous permet d'interroger la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme.

Keywords : Psychiatry – State – Death drive – Woman – Precarious

Abstract : Violence against migrants: ethical questioning of a psychiatrist, carer and citizen.

What legitimacy does the psychiatrist receiving migrants allow himself? What knowledge is insured? What position does he occupy in the "Right of Asylum" system? From the interference of the State in a practice of care, it has been necessary to recall certain socio-cultural and historical realities to try to enlighten this position. The path taken goes through the highlighting of the concept of death drive and the monitoring of its many avatars in time and space. It can only lead us to the question of the originary, the field of myth and psychogenesis in a reckless flight over. There we meet the woman, a receptor for the first death instinct and first precarious. That allows us to question the Universal Declaration of Human Rights.

En tant que psychiatre exerçant au centre de consultation de Médecins du Monde à Bordeaux, je reçois des hommes et des femmes qui vivent dans une précarité liée à leur condition d'immigrés. Ils proviennent, pour la plupart, de l'Afrique subsaharienne ou de l'Europe de l'Est.

Au fil du temps de ces rencontres, un sentiment difficile à formuler s'est fait jour, une sorte d'insatisfaction qui ne procédait pas de la remise en question nécessaire d'un idéal de soin face à tous les aléas liés à la condition de migrants, mais de la perception confuse d'être utilisé par le « système ». Puis, il y a quelques semaines, l'intrusion violente de l'Etat dans les soins prodigués aux patients en errance m'a mis en colère. Colère de l'impuissant. Impuissance dont les phonèmes résonnent et nous disent : fiasco du sens, vacuité du sens, absurdité.

Violence, tromperie, absurdité : ces thèmes qui émergent m'ont incité à quelques détours salutaires en faisant mien cette aphorisme : « si tu cherches ton chemin ne le demande pas à qui le connaît, tu risquerais de ne pas te perdre... »

Quelques repères néanmoins peuvent nous être utiles dans notre quête d'éclairages.

Le dictionnaire nous propose cette étymologie du mot précarité : « obtenu par la prière ». Elle me fait penser à une formulation de Daniel Lagache dont je me souviens ainsi : « *toute position de demandeur est virtuellement une position de persécuté* ». Et si l'on va du côté du politique, on peut y convier Elie Barnavi : « *on est souvent victime mais jamais bourreau. Collectivement on s'offre le luxe, certes chèrement payé, de se prélasser dans une éthique de conviction, l'éthique de responsabilité c'est pour les autres, ce qui permet de les juger d'en haut tout en gémissant sous leurs bottes ; une position physiquement inconfortable mais moralement gratifiante.* » Ne nous privons pas de Kant : « *si chacun ne posait jamais d'action inspirée par l'amour ou la bonté, mais se contentait de préserver intact le droit de tout homme, il n'y aurait pas de misère en ce monde.* » Enfin, et cette réflexion de Paul Veyne est au cœur de mon propos : « *la conscience n'est pas la racine de l'action.* »

Notre action, ici, consiste à exposer le cheminement des réflexions d'un psychiatre bâtarde.

Un psychiatre ça prend soin de l'autre, comme il peut, avec les moyens dont il dispose et qui lui sont singuliers.

Sauf à être un idéologue aliéné à une croyance dont il fait sa vérité, réifiant le réel par sa soumission à un système symbolique manié à sa convenance, il est conscient qu'il n'est le fils légitime d'aucun savoir certifié par la science. Car, même si une partie de sa géographie cérébrale de soignant est du côté de ladite science (permettant les prescriptions médicamenteuses par ex), une autre, et non des moindres, est du côté de la croyance, du côté du

champ des métaphores interprétatives du fonctionnement psychique. D'où le glissement, au gré du temps et de l'espace, d'une théorisation à l'autre suivie par la versatilité des savoir-faire. C'est ainsi : faisons l'éloge du « bricolage » de la pensée sauvage dont parle Lévy Strauss !

Quand on bricole ça tient plus ou moins bien, ça peut buter dans la rencontre avec l'autre qui souffre. Mais on peut avancer ensemble, en boitant. Loin de l'idéal d'Icare qui se brûle les ailes à fuir la réalité.

De quelle réalité s'agit-il ici ?

Si la place du psychiatre est celle qu'il se donne et que lui donne l'autre dont il prend soin dans la singularité de leur rencontre, elle n'existe aussi, cette place, qu'en fonction des conditions de possibilité que lui attribuent le corps social et, plus précisément la visée stratégique plus ou moins claire émanant de l'Etat.

Se pose alors la question de l'incidence des différentes interventions ou des carences de l'Etat dans la fonction soignante dudit psychiatre.

Par exemple, et de façon évidente, dans la causalité des symptômes. L'absence d'hébergement entraîne l'insomnie laquelle se traduit par la prescription de somnifère plutôt que par l'octroi d'un lit. L'absence d'hébergement implique de vivre dans la rue, de subir intempéries et violences diverses, notamment sexuelles, donc rue égale insécurité qui égale angoisse qui égale anxiolytique plutôt que structure d'accueil. Mais aussi l'Etat est responsable de l'interruption des soins engagés par reconduction hors du territoire entraînant une cessation brutale du traitement sans prise en compte des certificats médicaux. Enfin l'Etat énonce des directives qui impliquent que le psychiatre doit être en même temps le soignant et « l'expert » qui rédige le certificat de demande de maintien sur le territoire pour raisons de santé. Certificat qui sera lui-même « expertisé » par des médecins rattachés au Ministère de l'intérieur.

Au-delà de ce qui est donné à voir, se rejoue la vieille histoire du lien entre Etat et Psychiatrie, à situer précisément ici dans le champ du dispositif accueil-exclusion-soins des migrants.

D'où il s'en suit, me semble-t-il, la nécessité de questionner la légitimité du psychiatre dans ce domaine. Entendons par légitimité ce qui est pertinent et juste, « au-delà, au-dessus » de la légalité, et qui, *in fine*, est du ressort de l'éthique personnelle du praticien.

Des situations, dites cliniques, peuvent illustrer ce questionnement.

Situation 1 :

Elle n'a pas plus d'une vingtaine d'année et elle arrive du Nigeria. Elle dit avoir fui son pays car son père, médecin traditionnel, est rendu responsable de la

mort de plusieurs enfants dans le village : en conséquence, elle doit mourir pour régler la dette de sang. Elle a traversé la Libye en payant le passage avec son corps. Hébergée à Bordeaux chez un homme sans femme, puis chez un couple avec enfants, elle fait le ménage, la cuisine... Elle est insomniaque et ses plages de sommeil sont perturbées par de nombreux cauchemars ; elle abuse des somnifères prescrits. Elle accepte de suivre les cours de français organisés par l'équipe de Médecins du Monde. Lors d'un week-end, des crises d'angoisse l'amènent à une consultation d'urgence au SECOP, lequel l'adresse à l'EMPP qui prend en charge les soins. Elle maintient ses rencontres avec l'assistant social de notre centre. Au guichet de la préfecture où elle doit pointer régulièrement, elle est interpellée malgré la présence d'un accompagnant de l'équipe. Elle est placée en centre de rétention et, malgré les certificats médicaux, elle est renvoyée en Italie, pays de son entrée en Europe. Nous n'avons plus de nouvelles. Quinze jours plus tard nous la retrouvons à l'accueil de notre structure. En Italie, nous elle, on lui a pris tous ses papiers et on ne l'a pas aidée. Alors elle a pris le train pour Paris en se cachant dans les toilettes et, à Paris, elle a rencontré quelqu'un qui lui a permis d'avoir un billet pour Bordeaux. Elle s'est rendue à l'EMPP et elle nous demande si elle peut revenir « à l'école ».

Quelle est la place du soin face à cette absurde violence de l'Etat ?

Situation 2 :

Ce couple de culture musulmane a fui le Kosovo : le père de la jeune femme pose comme conditions au mariage que son futur gendre aille s'enrôler dans les rangs intégristes ; il refuse, milite, est violenté et hospitalisé pour fracture. Pendant son hospitalisation, la jeune fille est violée ; son compagnon n'est toujours pas au courant : « *si je lui dis, il va m'abandonner* ». Ils sont entrés dans l'espace Schengen par la Hongrie : elle me montre sur son téléphone les photos de l'entassement qu'ils ont subi durant le mois de rétention dans ce pays. Fausse couche à l'arrivée en France. Demande d'asile ; hébergés par la PADA ; état dépressif avec idées suicidaires de la jeune femme : entretiens réguliers avec interprète au téléphone et, plus tard en français. Prescription d'antidépresseurs, d'anxiolytiques... Elle m'annonce qu'elle veut être enceinte, ce qui advient et lui permet de dire à son mari le viol subi. Il lui répond qu'il l'aime.

Actuellement le bébé a 15 mois, il réagit par un grand sourire à mes sollicitations... Malgré la situation parentale : car est « tombé » le refus d'asile puis le résultat négatif du recours suivi de la suppression des aides aux besoins élémentaires : retour de l'angoisse et de la dépression.

L'assistant social de Médecin du monde leur trouve un hébergement en squat : « pour nous, dit madame, c'est un peu difficile avec les autres gens, mais pour

les enfants c'est bien, c'est bien, mais mon mari il ne trouve pas beaucoup de travail... »

Elle continue à venir me rencontrer, une fois par mois : elle interpelle le thérapeute mais aussi le « français qui dort dans son lit ».

Ais-je le droit de trouver injustifié le refus d'accorder l'asile à ce couple, ais-je le droit de sortir, ne serait qu'intérieurement, de ma supposée neutralité bienveillante de thérapeute ?

Et, dans le cadre de la procédure d'étranger malade, le soignant peut-il se travestir en expert ?

De plus en plus nombreux sont les hommes en provenance du Nigeria qui se présentent avec une symptomatologie d'allure psychotique -selon nos critères diagnostiques- pour obtenir des soins en vue d'une régularisation.

Il est connu qu'on leur vend « un prêt à porter malade mental », costume plus ou moins bien enfilé, masque plus ou moins bien ajusté sur leur détresse aux causalités multiples.

Quel doit être le rôle du psychiatre face à ce mensonge, face à cette tentative de tromperie en miroir de celle de l'Etat qui se défausse de ses engagements ? Le rôle du psychiatre doit-il être celui d'un expert-inquisiteur comme l'inspecteur de l'OFFI ? Santé et Intérieur : même combat ? Un expert qui dira « le vrai » du diagnostic à l'aide de cet outil « scientifique », le DSM cinquième du nom, dont la validité est toute travestie de relativité culturelle. La classification que propose le DSM est aussi inepte, lorsqu'elle est prise à la lettre, qu'est malhonnête la dichotomie, dont l'Etat fait rengaine, entre « réfugié-persécuté » et « migrant-économique ».

Il y a injonction à dire le Vrai. Tout migrant est, actuellement, en France, suspecté de tromperie : c'est l'ère du Soupçon. Je vous propose donc un petit détour social et historique sur un territoire inhospitalier, celui de la tromperie.

Il est banal de souligner que notre société est « la société du mensonge », celle des fausses nouvelles sur les réseaux sociaux, celle d'un président américain dont les fantasmes assésés sont plus vrais que les faits, celle d'une campagne présidentielle française dans laquelle – c'est le moins que l'on puisse dire - l'éthique de la vérité a été malmenée etc.

Mais la banalité de ce mal ne doit pas nous masquer sa redoutable poussée mortifère insidieuse. Sans perdre de vue le thème de la précarité, je voudrais citer le sociologue Wolfgang Streeck : « *Les mensonges éhontés ont toujours existé en politique* ». Que l'on pense seulement à la petite prestation PowerPoint de Colin Powell au conseil de sécurité des Nations Unies en 2003 qui y présente d'innombrables preuves visuelles de la présence

d'armes de destruction massive sur le sol Irakien... Mais, avec la révolution néolibérale et le passage à la « post démocratie » qui lui est intrinsèquement lié, un nouveau type de duperie politique s'est imposé : le message de l'expert.

Tout cela commença avec la courbe de Laffer, au moyen de laquelle il fut scientifiquement démontré que les baisses d'impôts conduisaient à des rentrées fiscales plus importantes.

La moralisation du capitalisme global s'accompagne d'une diabolisation de ceux qui prétendent en être les victimes.

Alors que les marchandises circulent de plus en plus librement, les hommes se retrouvent prisonniers de nouveaux murs. »

Les murs séparent, comme le diable qui diabolise, qui désunit en inspirant haine et envie. Revenons dans le passé de cette société qui est la nôtre et dont certains nous rappellent cycliquement l'origine judéo-chrétienne. Prenons-les au mot. Un des fils rouges de mon propos est la question nébuleuse de l'origine -et de son lien à l'éthique- que nous allons essayer d'aborder avec précautions.

« Satan est le père du mensonge » nous disent les évangiles. Pourquoi convier ici ces textes, piliers fondateurs de l'église catholique ? Parce que, comme l'écrit l'historien Philippe Buc, si « *paradoxalement, l'Etat (comme nation) peut bien être en apparence séparé de l'église (et de l'ecclésià en tant que communauté humaine) il est en vérité son jumeau et son héritier... Cette acception de la notion de « sécularisation » suppose que les notions religieuses ont survécu au sein de la modernité: elles se sont transformées en idées et en idéologies qui ont été dépouillées du surnaturel et du divin mais ont conservé les mêmes structures.* »

Si Satan existe dès l'origine -ou presque-, le mensonge lui aussi est là, dès l'origine.

C'est Satan qui trompe Eve au Paradis de l'ancien testament marquant ainsi de son sceau un triple originaire : un temps mythique idéal, celui du Paradis d'avant la faute ; un lien princeps entre éthique, transgression, création ; une responsable, dès l'origine, par cette transgression, de l'accession au sexuel, à la fécondité et à la mort : la femme.

Mais j'anticipe en allant déjà du côté du mythe. En restant dans la factualité de l'histoire, celle de la religion chrétienne à ses origines, on retrouve la tromperie de Satan comme modalité interprétative du comportement de ceux qui s'opposent à l'érection dogmatique de la pensée orthodoxe : les hérétiques. La vigilance rusée et venimeuse» issue de la nature protéiforme de Satan lui permet de brouiller la distinction entre le vrai et le faux, lui permet de singer l'apparence de faux martyrs. Il s'agira de les démasquer et pour cela Saint Augustin justifiera la violence de l'Eglise, afin de permettre à ces

hérétiques de trouver « la liberté », c'est à dire le chemin de l'orthodoxie, la « vraie foi ». Il s'agit de débusquer les hérétiques mais aussi les sorcières et les sorciers : car le diable, « celui qui s'oppose, celui qui se jette en travers » peut s'introduire dans tous les hommes. On recherchera donc sa marque, comme preuve de sa présence, de son action mortifère.

En 1610, des cas de possession se multiplient chez les Ursulines de La Sainte Baume. Deux des possédées accusent leur confesseur d'être « le prince des sorciers ». Le prêtre refuse ces accusations ; l'inquisiteur fait appel à l'autorité de la science. Le docteur Fontaine de la faculté d'Aix en Provence, après avoir bandé les yeux de l'accusé, lui enfonce des aiguilles dans le corps « en plus de trente endroits », jusqu'à ce qu'il découvre sur ses reins une zone insensible : ce n'est plus ici le signe de la lèpre, c'est devenu la marque du diable. Le diagnostic est assuré, la preuve est faite, la torture obtient l'aveu de la possession et Louis Gaufridi est brûlé vif à Aix le 30 avril 1611. Entre 50 000 et 100 000 sorciers et sorcières ont été ainsi condamnés en un siècle. Il est à noter que, contrairement aux idées reçues, le pouvoir de l'église s'est opposé souvent à l'ardeur délétère du pouvoir des magistrats civils au service de l'Etat.

Pourquoi rappeler ces histoires anciennes ? Parce qu'elles devraient nous inciter à la plus grande vigilance quand la question de la suspicion et de la preuve se manifeste dans le champ social avec une particulière prégnance, et parce qu'elles nous parlent, « en même temps », de la constitution identitaire de l'autre en tant qu'autre dangereux. Dangereux : non parce qu'il l'est réellement mais parce qu'il est nécessaire de le qualifier ainsi. A certaines périodes de l'histoire marquées par une angoisse plus ou moins diffuse dans la société, le corps social représenté par ces instances dirigeantes ou certains leaders a besoin de constituer un autre comme étant « le mauvais », ou bien, si l'on insiste dans un langage religieux, comme porteur du Mal, ce qui permet dans un même mouvement une réassurance identitaire ainsi qu'un renforcement identitaire des membres unis du corps social, unis dans le Bien contre le Mal. Au cœur du processus d'identification, c'est le « non ! » du contre-l'autre qui est prévalent, ce n'est pas le « oui ! » de l'assentiment.

Dans ces histoires terribles de possession il s'agit de démasquer l'ennemi le plus dangereux, celui qui est caché à l'intérieur du corps de la nation, et ici le mot corps doit prendre tout le poids de son origine métaphorique. Un cancer est dans le corps de la nation comme dans le corps de l'homme. Dans l'Allemagne nazie, un médecin pouvait annoncer un diagnostic de cancer à un patient par ces mots : « *vous avez un juif dans le corps* ».

Mais d'où vient ce mal qui a contaminé l'intérieur, cet

intérieur supposé sain et homogène ?

Il vient d'un ailleurs, au sens géographique, culturel, social mais aussi psychique. Quelle est la place, en tant qu'exclu, de l'autre dans la construction de notre espace psychique singulier ? Nous y reviendrons.

Mais, en nous gardant d'une homologie trop simpliste, on peut suggérer ceci : de même que notre psychisme régule la place de l'autre en lui, de même le corps social édicte, dans la pénombre, des règles d'admission à l'intérieur du corps de la nation, c.à.d. des modalités d'exclusion de l'autre. Accueillir c'est choisir, donc exclure. Surtout exclure: et c'est ainsi que la tromperie se dénomme « Droit d'asile »

Quels sont les critères d'exclusion ? Si vous avez quelques certitudes dans ce domaine nous sommes preneurs. La journaliste Florence Aubenas exprimait récemment ses difficultés à obtenir, de la part des services ministériels, des informations précises et quantifiées sur des sujets sensibles, les promesses aboutissant à une fin de non-recevoir.

A partir de quel savoir le pouvoir politique prend-il la décision de laisser ou de ne pas laisser entrer ? De quel savoir assuré qui laisserait peu de place aux dérives interprétatives imprégnées de fantasmes, d'idéologie, de consignes politiques occultes et autres diableries s'autorise-t-il ?

D'aucun : tout n'est qu'idéologie.

Au cœur de toute idéologie -pour ce qui nous intéresse-, il y a une éthique, une morale de la relation à l'autre, plus ou moins occulte, plus ou moins assumée, plus ou moins mensongère.

On pardonnera au non spécialiste de ces sujets d'énoncer ici quelques conceptions simplistes concernant des phénomènes qui lui paraissent redoutables: après tout, chacun se forge sa « vision du monde », c'est à dire de l'altérité, et si les rencontres entre nous ont un sens, c'est bien celui que fait naître le partage. Lequel ne se conçoit que dans le risque d'une parole naïve, avec ses bégaiements obligés.

Donc, au cœur de l'éthique, il y a la relation à l'autre, qui oscille entre le binaire de deux extrêmes.

Aller vers l'autre, l'appeler ou se détourner, le rejeter ; le respecter ou le rabaisser ; l'accueillir ou l'exclure ; l'aimer ou le haïr ; le faire vivre ou le détruire.

Le binaire que les psychanalystes expriment en des termes qui s'opposent mais qui peuvent et doivent se nouer : pulsion de vie, pulsion de mort.

Le passé de notre société française illustre bien le nouage de ces deux forces antagonistes.

Le catholicisme, religion majoritaire dans notre histoire, nous montre la conjonction d'une éthique du respect de l'autre et de la considération de la personne dans sa singularité, d'une éthique d'où s'origine la Déclaration universelles des droits de

l'homme, d'une éthique qui a permis la création d'organisations caritatives anticipant les ONG : ceci, me semble-t-il, en application du message christique transmis par les évangiles, donc une éthique du côté de la pulsion de vie. Et par ailleurs, toujours au nom de l'éthique, l'église a fait preuve de la plus grande violence institutionnelle, à savoir croisades, combats contre les hérétiques et les sorcières, guerres de religions, anti judaïsme mortifères prémices de l'antisémitisme, missions colonialistes, campagnes contre la contraception et l'IVG. Cette dernière croisade entraînant, dans les pays où le religieux à une incidence majeure sur l'électorat, la mort de nombreuses femmes. En miroir d'une éthique du respect de l'autre, une éthique de l'exclusion de l'autre jusqu'en sa radicalité, incarnée par la même institution.

La Révolution Française est « *l'évènement chrétien par excellence* » disait l'historien Ernst Bloch. Et Tocqueville : « *c'est une révolution politique qui a opéré à la manière, et qui a pris, en quelque sorte, l'aspect d'une révolution religieuse : elle est devenue une sorte de religion nouvelle, religion imparfaite, il est vrai, sans Dieu, sans cette autre vie, mais qui néanmoins, comme l'islamisme a inondé toute la terre de ses soldats, de ses apôtres, de ses martyrs.* »

Il y a eu conjonction, pour citer rapidement ce que nous connaissons tous, de la mise en acte positive des principes de la république (liberté, égalité, fraternité) et de la plus grande violence, elle aussi justifiée par un discours éthique tel celui de Marat : « *verser quelques gouttes de sang impur pour éviter d'en verser des flots de sang pur, c'est le pur amour de l'humanité, le plus saint respect de la justice* ». Et rappelons, pour ceux qui penseraient que les génocides ne sont réalisés que par des barbares, des étrangers, figures de l'autre radicalement différent de soi, de l'autre auquel toute identification fut elle partielle est inenvisageable, que le général Barère, en charge par la jeune république de mâter la révolte des chouans, a justifié par des propos qui sont typiquement racistes et génocidaires (en prônant le meurtre des femmes et des enfants) les massacres de Vendée estimés à 200.000 – 300.000 morts.

Avec ou sans Dieu, l'homme met en actes la pulsion de mort, liée à la pulsion de vie. Pulsions de mort dont j'essaie ici de suivre certains méandres en cherchant dans l'histoire quelque enseignement qui, comme un verre grossissant pourrait nous rendre vigilant sur les effets -que je qualifierai encore une fois d'insidieux- de son action destructrice dans notre société : je pense ici aux traitements que l'on fait subir aux migrants.

Ces mises en acte pulsionnelles sont toujours justifiées par un discours éthique sur les moyens nécessaires aux fins de la nouvelle naissance du corps social, qu'elle soit religieuse ou politique, ou les deux à la fois. Pour un nouveau Corps. A minima pour un changement.

Si l'éthique de la révolution française est la conjonction de principes émanant du christianisme et des Lumières, il n'est peut-être pas sans intérêt de faire un bref détour par un régime qui, de façon très claire, s'est opposée à ces deux héritages, le nazisme. Là, encore, j'enfonce des portes ouvertes, mais parfois, un coup de vent peut les refermer sans que l'on s'en rende compte...

Himmler considérait le christianisme : « *comme la plus grande peste qui pouvait nous frapper au cours de l'histoire* » et il vouait à cette même malédiction les principes des Lumières. Le fondement de l'éthique nazie n'est pas le respect de la singularité de chacun dans sa pluralité identitaire mais l'unicité de tout individu semblable à l'autre. La définition de l'identité de chacun, c'est son appartenance au corps sacré du Reich millénaire. Il s'agit de l'idéologie d'une refondation par une révolution qui serait retour à l'origine, à un originaire mythique.

Je ne sais si l'on peut se risquer à parler d'un versant du nazisme du côté de la pulsion de vie, mais cette idéologie a bien du susciter des espoirs de lendemain qui chantent chez plus d'un. Quant à la face noire, les mots ne sont pas à la hauteur pour l'évoquer, mais, dans le chaos des assassinats et des meurtres, on choisit de citer la Shoah, en tant que processus génocidaire.

Le migrant, c'est l'exclu. Jusqu'où ira l'exclusion ? Dans les génocides, on commence par stigmatiser l'autre par une disqualification identitaire qui le rabaisse au statut de déchet, puis on l'exclu socialement, enfin on le détruit. Aucune culture - origine des valeurs éthiques- ne protège de la possibilité qu'advienne un génocide. La culture allemande n'a pas empêché la Shoah, les Lumières n'ont pas empêché les massacres de Vendée, le christianisme des Hutus n'a pas empêché le meurtre de masse de leurs voisins Tutsis, chrétiens eux aussi, qu'ils côtoyaient au café ou dans les chorales de l'église. « *Seul celui qui n'a pas été tué dans une église pense que c'est la maison de Dieu* » dit un proverbe du Rwanda. Insistons : il y a des prêtres, des enseignants, des médecins qui ont été massacrés, il y a des prêtres, des enseignants, des médecins qui ont massacré. Qui massacre t'on en premier dans les génocides ? Les voisins. Et pour que la « race » s'éteigne : les femmes et les enfants d'abord.

La pulsion de mort est au cœur de la constitution psychique de chacun. Dans certaines conditions socio politiques, l'injonction éthique s'inverse, elle érige le meurtre de masse en Bien. La jouissance de l'identification au leader dissout le surmoi de chacun et la pulsion de mort est en roue libre : « tuez-les tous... ». Eros est devenu Thanatos pour la plus grande des jouissances.

Ne pas reconnaître l'existence de cette pulsion en nous c'est, comme le dit Edgard Morin, de « *l'auto-tromperie sincère* ». Clivage et Déni, dirait le psychanalyste. Au service du confort psychique ou du discours militant. Au service d'une éthique de

conviction trompeuse car à ne pas prendre en compte l'existence du « diable », c'est lui qui aura le dernier mot !

Et pourtant il suffit de lire, de faire des liens, parfois de se risquer à interpréter, pour réaliser que cette pulsion de mort on la retrouve dès que l'on se penche, en profane, sur la question de l'originaire. La mort y accompagne la vie.

Du côté de l'origine culturelle de notre société, c'est le temps du mythe.

Du côté de l'originaire de notre psychisme, c'est le temps de l'archaïque.

Est-ce le premier mythe de notre culture ? La première action humaine ? Au Paradis, Eve fait naître le désir (pulsion de vie) et dans le même mouvement Adam et Eve deviennent mortels (pulsion de mort).

Et c'est la chute, première migration, premiers précaires. Ensuite, dès les premiers versets, Eve met au monde Caïn et Abel. Puis Caïn tue Abel.

Le meurtrier, Caïn, protégé par Yawé, devient le personnage tutélaire des cités, il est donc à l'origine de la civilisation : meurtre et création. Ce qui nous évoque un autre mythe fondateur, celui de la naissance de Rome (autre source de notre culture) par Romulus après avoir tué son frère Remus.

Civilisation judéo-chrétienne dit-on : le mythe fondateur du peuple juif est l'Exode. Qu'est ce qui permet à Moïse de libérer son groupe de précaires de la tutelle de Pharaon ? La dixième plaie d'Egypte, c'est à dire la mort des premiers nés égyptiens. Et c'est la migration.

Le Christ est né : Hérode décrète la mort des enfants de moins de deux ans, « le massacre des innocents ». Marie et Joseph migrent en Egypte, toujours précaires.

Le Christ meurt, le Christ ressuscite, et naît la vie spirituelle pour les chrétiens.

L'Eglise catholique se dit chrétienne : dans l'histoire, l'érection de sa puissance temporelle va de pair avec son antijudaïsme mortifère, alors que sa divinité fondatrice, le Christ, est juive. Pulsion de mort séparée de la pulsion de vie par la radicalité du clivage.

Luther est à l'origine de l'église réformée qui donne un nouvel élan au christianisme. Luther, cet homme à la grande intelligence, est aussi celui qui écrit ceci : « *les juifs sont remplis d'excréments du diable dans lesquels ils se vautrent comme des porcs... Nous devons les chasser comme des chiens enragés, nous sommes fautifs de ne pas les tuer...* »

« *Là, vous avez déjà l'ensemble du programme nazi* » a commenté Karl Jaspers à propos du livre de Luther « *Les juifs et leurs mensonges* ».

Pendant la révolution française, créatrice d'un

nouveau monde, Saint-Just a pu dire, en 1794 : « *il faut faire une longue guerre à toutes les prétentions, et comme l'intérêt humain est invincible, ce n'est qu'à la longue que par le glaive que la liberté d'un peuple est fondée* ».

On a évoqué l'attaque par les Nazi de l'héritage chrétien et des Lumières : Leur mythe est à peu près celui-ci : l'homme germanique est victime d'agressions odieuses fomentées par des ennemis irréductibles qui veulent sa perte. C'est un homme qui vit au plus près de la nature. Le miracle grec, incarné par la beauté de sa statuaire qui illustre la perfection du corps, est dû au génie germain qui a migré sur les rivages de la méditerranée. Mais trop bon et trop confiant, le germain n'a pas su voir venir la malignité de l'allogène, le juif. Les juifs sont venus d'Asie, ont pénétré le Corps de la nation et le corps de quelques germains par métissage. Ils ont souillé le corps de l'homme et le corps de la société. Il faudra les débusquer, ne pas se laisser tromper par le « déguisement du juif en smoking qui fume son cigare dans les salons de Berlin », le vrai juif c'est celui qui est la « vermine des ghettos ». Les précaires. Il faut éradiquer ces parasites : « *l'antisémitisme n'a jamais été à mes yeux une affaire d'idéologie, mais d'hygiène... nous serons bientôt débarrassés de ces poux* » a écrit Himmler.

Dans son obscénité et sa trivialité, ce discours ne peut-il nous faire entendre les tréfonds mortifères que tout psychisme et toute société peuvent receler à l'encontre de l'autre, celui qui vient de l'extérieur et qui peut s'introduire à l'intérieur, pour le souiller ?

Changeons d'idéologie pour le renouveau selon Marx : « *la génération précédente ressemble aux juifs que Moïse a guidés à travers les contrées sauvages. Elle ne doit pas seulement conquérir un nouveau monde, elle doit aussi périr pour laisser place au peuple qui sera digne d'un nouveau monde.* »

Et puis il y a Lénine qui définit la dictature du prolétariat « *comme un pouvoir conquis par la violence que le prolétariat exerce par l'intermédiaire du parti sur la bourgeoisie et qui n'est lié par aucune loi* ». Violence « purificatrice ». Vérité en soi de la violence. Aussi faut-il encourager la violence des masses à faire œuvre de destruction. Sans commentaires sur l'avenir.

On pourrait penser que, dans notre société, toutes ces injonctions sont obsolètes, et qu'elles font flores ailleurs, du côté de l'islamisme par exemple. Je me suis souvenu d'une réflexion d'un historien que j'interrogeais sur les conditions socio-historiques des génocides : il a insisté sur le rôle délétère de certains ténors « intellectuels ». Les psychanalystes pensent trop souvent par association d'idée -ce qui laisse émerger n'importe quoi- et c'est ainsi que le souvenir d'un propos d'Alain Badiou s'est imposé. Il trouve ici sa place et mon étonnement à le relire est toujours aussi vif : « *le vote est une cérémonie qui dépolitise*

les peuples... pour s'opposer à la dérive fasciste il n'y a qu'un chemin : réinventer le communisme. Commençons par rétablir dans ses droits la vision communiste de l'avenir, partout. Que des militants convaincus aillent en discuter le principe dans toutes les situations populaires du monde, et qu'alors, comme le propose Mao, nous rendrons au peuple, dans sa précision, ce qu'il nous donne dans la confusion. C'est cela réinventer la politique ». Journal le monde, 9 avril 2017.

Le Président Mao, combien de divisions de morts ?

Combien de morts pour le renouveau d'un peuple au corps supposé homogène et pur ?

Le premier corps « homogène et pur », pour chacun d'entre nous, c'est celui de notre Mère.

Et c'est d'abord, avec elle, le temps de l'archaïque : temps d'avant le langage, pour le sujet, ou plutôt d'avant l'accession au sens des mots, mais temps du plaisir partagé, du bain des phonèmes chantonnés et des lallations enfantines... On se risque dans cet espace à l'aide de quelques concepts psychanalytiques, à entendre comme métaphores, repères grossièrement façonnés pour aborder une *terra incognita*, une terre d'avant le sens, royaume de l'affect brut.

« *L'archaïque est de toujours, écrit André Green, il est aussi de partout, masqué par les apparences de la normalité. Les idéologies politiques le recueillent dans les sociétés des régimes dits forts. Les religions païennes ou révélées lui ont longtemps donné asile. C'est peut-être dans ces dernières qu'il est le plus éloquent.* »

Aux premiers temps, il y a la mère, celle qui, dans le meilleur des cas, émet le premier jugement esthétique, la première prise du sujet en devenir par l'éthique du Bien : « que tu es beau mon enfant ! ».

Qu'il le soit ou pas n'a grande importance : c'est l'éthique de conviction !

Puis il y a le temps du clivage. Satisfaction des besoins vitaux et tissage des liens de l'amour sont noués, dans ces temps anciens, par le maternage focalisé sur les orifices du corps, la bouche et les orifices de l'excrétion. Orifice pour faire entrer, orifices pour rejeter. Une part de ce qui entre est gardé, c'est le bon ; une part est rejetée, disparaît, c'est le déchet, le mauvais.

Les premières intériorisations de la relation à l'autre se feront, en lien avec leur ancrage corporel dans le corps de la mère, sur un mode homologue au trajet de l'aliment. Pour l'*infans*, ce qui, de la mère, est bon car donateur du lait et de la chaleur de l'éros maternel, sera gardé à l'intérieur du psychisme et qualifié par les analystes de « bon sein » ; et ce qui, de la mère, est mauvais car ne donnant pas et détruisant l'illusion de toute puissance, sera rejeté et

qualifié de « mauvais sein ». Il y a séparation radicale entre les deux « seins », entre le gardé dedans et le rejeté dehors. La mère n'existe pas encore, pour l'enfant, comme personne unifiée, pas plus qu'il n'a lui-même accédé à l'image unifié de son moi.

Du côté du « bon sein », on trouve la béatitude fusionnelle, et du côté du mauvais, la colère destructrice consécutive à la perte de l'illusion.

Pulsion de vie adressée au « bon sein », prémisses du désir en tant qu'appel adressé à l'autre ; pulsion de mort qui vise l'autre (ou « soi ») prémisses de la destructivité dont l'acmé est le meurtre de l'autre (ou « de soi »). La mère, support de ce premier clivage, est aussi le premier réceptacle de la pulsion de mort.

Si nous insistons de manière trop laborieuse et schématique sur cette période de l'archaïque, c'est qu'il nous semble que la réactivation chez l'adulte de cette phase pour des raisons individuelles et /ou socio politiques, produit des effets particulièrement délétères : « je suis bon, mon peuple est bon mais l'autre, mon proche voisin, ou cet étranger qui vient d'ailleurs, lui, il est mauvais : c'est un déchet, un cafard, une vermine, à détruire... ». C'est l'effet du clivage : « je suis tout bon, l'autre est tout mauvais », aucune parole n'est possible qui permettrait les glissements identificatoires, c'est le domaine du passage à l'acte : le clivage, c'est du digestif.

A *minima*, c'est le scotome, le point aveugle : la réalité gênante n'a jamais existé et si elle existe, on la fera disparaître symboliquement : c'est le négationnisme.

Mais restons en enfance, une étape est franchie, l'enfant répond par un sourire au sourire de la mère, à moins que cela ne soit l'inverse. Et, grâce au regard aimant et unifiant, prélude au miroir, il accède peu à peu à l'unification de son être. Malheur alors à l'étranger qui viendrait rompre cette dyade unifiante en s'approchant trop près de l'enfant : les cris sont garantis ainsi que le retour dans le giron maternel. Angoisse et colère signent l'exclusion de l'autre en tant qu'ébauche du premier véritable étranger.

Retenons deux comportements pour notre propos.

D'abord la réaction persécutrice. Si l'enfant n'a pas reçu le don d'amour de la part des instances parentales auquel il a droit, et s'il ne peut les agresser en retour par crainte des représailles, la blessure narcissique peut amener l'enfant devenu adulte à choisir l'étranger inconnu comme support vierge d'une projection fantasmagorique. L'autre est alors qualifié de persécutrice, enfermé dans cette identité, et voué à l'exclusion. Laquelle peut, dans certaines conditions, aboutir soit au meurtre en transgressant les lois de la société, soit au massacre de la persécution de masse légitimée par la soumission à une toute puissance perverse.

Puis les terreurs nocturnes, phénomène habituel

entre l'archaïque et la période œdipienne. L'enfant se réveille brutalement en hurlant, sous l'emprise d'un personnage maléfique créé dans son inconscient. Dans cet état où sommeil et rêve se mélangent, le parent aimé et protecteur, qui prend l'enfant dans ses bras pour le rassurer, peut être confondu par le petit rêveur avec le monstre du cauchemar : le plus proche et le plus aimé est devenu l'étrange le plus dangereux. L'autre réel est perçu au filtre du fantasme. Mouvement inverse de celui du cauchemar dans les « Ptsd » ou Troubles de stress post-traumatique, où c'est le réel violent qui contamine le rêve.

Après l'archaïque Gaïa vient le temps d'Œdipe : la même personne est devenue à fois bonne et mauvaise, et sur elles se conjoignent, s'unissent, se séparent, se retrouvent comme le signe d'Esculape ces deux pulsions, soumises à la loi symbolique de l'interdit de l'inceste. En lien complexe avec les valeurs culturelles et les lois sociales cette loi tient le rôle de juge de paix. L'amour, la sexualité et l'agressivité se lient en triade pour porter aux parents, et en première ligne à la mère, le poids de l'ambivalence. La mère est devenue désirée-désirante d'un autre, l'enfant n'est plus maître du désir. Et si c'est un petit mâle, trop faible pour agresser le grand Mâle, peut-être se vengera-t-il plus tard... sur la femme...

Bien sûr, ce discours est caricature grossière de la complexité psychique, mais on ne peut pas ne pas soulever la question de l'origine psychique -une parmi d'autres mais non des moindres quant à la force de ses conséquences- de la violence que l'homme fait subir à la femme, de tous temps, et en toute société. « La servante du Seigneur » va de pair avec « toutes des putes sauf ma mère ».

Si à l'archaïque correspond le clivage, on associera à l'étape œdipienne le déni, « l'auto-tromperie sincère », qui rejette ce que l'on ne veut pas voir de manière moins radicale que ne le fait le clivage : « je sais bien que cela existe, mais je ne veux pas en entendre parler, je ne veux pas en tenir compte, faisons comme si on ne savait pas ». « Les migrants meurent, les femmes sont violées dans leur parcours en Lybie, je sais bien, mais qu'y puis-je ? Parlons d'autre chose, n'en parlons plus... »

Du côté de l'archaïque et du côté de l'œdipe, la femme en tant que réceptacle de la pulsion de mort est en première ligne. C'est la première exclue mais « n'en parlons plus, on sait tout ça ! ». Une dernière fois...

Que le régime nazi ait renvoyé la femme dans ses foyers en lui confiant la mission d'une combattante de la procréation, ou lui ait octroyé le statut de récompense pour un héros du régime qui accède enfin à la polygamie ; que la révolution française l'ait traitée en égale de l'homme uniquement pour monter à l'échafaud ; que la femme d'un premier secrétaire du parti communiste français ait traité ses revendications égalitaires de désirs bourgeois ; que la

religion catholique la considère comme un être de deuxième catégorie qui n'a pas accès au sacerdoce et qui peut mourir d'avoir « péché » en voulant interrompre sa grossesse : cela doit nous inciter à un dernier détour vers nos fondations culturelles.

Du côté de l'antiquité, il semble que, dans la sexualité normée, la femme ne pouvait que tenir le rôle de l'objet passif : l'affirmation phallique, c'était pour l'homme libre.

Dans la Genèse, Eve est punie d'avoir osé transgresser et ainsi d'avoir fait accéder l'être au désir : pouvoir insupportable pour l'homme, ce pleureur qui n'osait affronter le serpent. Il récupère la mise, grâce à Dieu, la femme sera soumise à sa gouverne. Dans le décalogue, la femme est un bien entre le serviteur et l'âne. Pour dire le Kaddish, il faut que les dix soient des hommes. Chez les catholiques, la femme pure est la mère vierge ; la femme sexuée transmet, elle, le péché originel. Saint Paul a bien énoncé que dans la foi du Christ, il n'y avait ni homme libre ni esclave, ni homme ni femme mais il a aussi affirmé que l'homme était le chef de la femme comme le Christ était le chef de l'homme. Et Saint Jérôme d'énoncer doctement : « *chaque mois les corps lourds et apathiques des femmes sont affligés d'une effusion de sang immonde...* »

La femme réglée, la femme impure, la femme déchet : et la violence se pointe à l'horizon.

Il y a, au cœur de notre société monothéiste -et au cœur de notre être- une ambivalence essentielle à l'égard de la femme. Prendre chez elle ce qui nous sert, jeter ce qui nous gêne.

Et c'est ainsi que l'on retrouve l'autre, qui veut pénétrer le corps de notre société : Hostes, hôte/ennemi, l'immigré.

Comment ne pas conclure ?

En citant la Déclaration universelle des droits de l'homme.

« *Tous les êtres humains naissent libres et égaux en droit. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité.* »

Soit, il s'agit d'une injonction. Qu'en est-il de son lien avec l'archaïque et la différence des sexes dont il n'est pas fait mention ? Qu'en est-il de son application par les états quand il s'agit de traiter de l'immigration ? Ce n'est ni la raison ni la conscience qui sont aux commandes : l'irrationnel y a toute sa place. L'irrationnel est au cœur du traitement de l'autre, l'alter ego. L'irrationnel et la pulsion de mort.

La constitution de la figure de l'autre en tant qu'objet-obligé de la pulsion destructrice me paraît suivre une progression logique et chronologique : la plus proche étrange-étrangère est la mère, puis il y a la femme dans sa puissance sexuelle et procréatrice (au pouvoir insupportable pour l'homme), puis il y a

l'autre, le proche voisin ou celui venu d'ailleurs, de « l'au-delà des mères ».

La puissance phallique de la femme est rabattue par l'homme, à l'aide notamment de la pensée monothéiste, au rang de « l'impuissance sociale ». Cette impuissance est le domaine de la précarité : la femme est, dans l'histoire le prototype du précaire. Et les précaires, notamment les migrants, sont la cible privilégiée de la pulsion de destruction car il n'y aurait aucun risque de rétorsion...

Cette constitution de l'autre en tant que cible de la pulsion agressive est accompagnée des mécanismes de confort psychique que sont le scotome du clivage et la mauvaise foi du déni. Ils permettent à cette pulsion l'infiltration insidieuse du psychisme et du corps social.

Ce qui nous ramène au début de notre propos : le psychiatre de MdM et l'Etat. Le psychiatre a le beau rôle, il est le « bon », celui qui fait le « Bien » de la Caritas, et l'Etat qui laisse les migrants aux intempéries de la rue ne peut que se charger de faire le « Mal ». On fera néanmoins remarquer que, même s'il y a une autonomie du pouvoir de l'Etat, il n'en demeure pas moins qu'en démocratie « l'Etat c'est nous » et qu'il s'en suit qu'au-delà de notre responsabilité de soignant c'est celle de notre citoyenneté qui est engagée.

In fine, l'avocat du diable ne peut s'empêcher de soulever l'hypothèse de l'existence en nous d'une satisfaction inconsciente, d'une « mauvaise jouissance », enfouie dans les profondeurs silencieuses du clivage qui autorise notre psychisme et notre personne sociale à nous satisfaire du traitement d'exclusion que « notre nation souveraine » fait subir au migrant.

Nous choisissons celui ou celle qui pénètre en notre demeure, *a fortiori* en nous. Toute société fait de même, donc elle exclut. Ce qui ne doit pas invalider l'exigence éthique que nous rappelle la Déclaration universelle des droits de l'homme. *In fine*, c'est l'éthique de responsabilité qui dicte l'acte. La relation entre cette éthique et l'éthique de conviction ne peut qu'être conflictuelle, comme celle entre les deux pulsions, Eros et Thanatos.

Plaidons pour une éthique du conflit, à saisir en pleine lumière, appuyée sur le partage incessant de ce que découvre le regard de chacun. Pour une « sagesse pratique » sous l'égide de la Lucidité.

personnes. A la fiction d'un sujet libre il faut opposer l'intersubjectivité qui est intrinsèque à notre humanité.

Contrairement à la loi, l'éthique n'impose pas de règles mais incite à réfléchir, elle peut ensuite inspirer les lois. L'éthique précède le droit, prépare son évolution (Gil 2012). La dimension éthique doit orienter le droit, promouvoir la reconnaissance des situations de vulnérabilité. Elle impose une éthique de l'accompagnement

Comme l'éthique dont elle participe, l'application de la notion d'intérêt supérieur aux personnes en situation de vulnérabilité, oblige donc à se poser des questions sans toutefois apporter des réponses (qui seraient nécessairement ponctuelles et limitées). Elle renvoie aux questions fondamentales réactivées par Pelluchon dans « l'autonomie brisée » (2008) qui rappelle la nécessité d'inscrire la bioéthique dans le champ politique : dans quelle société voulons-nous vivre ? Ce sont là des choix de société, donc des choix politiques. Ce ne sont pas les politiques qui décident des lois car elles doivent être l'émanation d'une réflexion collective. Il revient donc à chacun de s'emparer de ces questions pour que la société évolue en direction des choix qu'elle s'est fixés. Nous rejoignons Gil dans sa revendication d'une éthique citoyenne (Gil, 2018). C'est aussi dans cette direction que s'inscrit notre travail, avec les doutes, les questionnements et les insatisfactions qui sont propres à une conscience délibérante.

Bibliographie :

AUDOIN-ROUZEAU (Stéphane), *Une initiation : RWANDA (1994-2016)*, Seuil, 2017.

AGIER (Michel), MADEIRA (Anne-Virginie), *Définir les Réfugiés*, PUF, coll. « la vie des idées », 2017.

BARNAVI (Elie), *Les religions meurtrières*, Flammarion, coll. « Champs actuel », 2016.

BOUDOU (Benjamin), *Politique de l'hospitalité*, CNRS éditions, 2017.

BUC (Philippe), *Guerre sainte martyre et terreur*, Gallimard, 2017.

CHAPOUTOT (Johan), *La Révolution culturelle nazi*, Gallimard, coll. Bibliothèque des Histoires, 2017.

GREEN (André), *La Folie privée, psychanalyse des cas limites*, Gallimard, coll. « Folio essais », 2003.

DOLTO (Françoise), *L'image inconsciente du corps*, Seuil, 1984.

LACAN (Jacques), *Le séminaire Livre VII, l'Éthique de la Psychanalyse*, Seuil, 1986.

RABINOVITCH (Gerard), *De la destructivité humaine*, PUF, coll. « La nature humaine », 2009.

ROGOZINSKY (Jacob), *Ils m'ont haï sans raison, de la chasse aux sorcières à la terreur*, Cerf, coll. « Passages », 2015.

Titre : L'humour carabin : du réflexe défensif à l'éthique.

Dr Grégoire Monseau,

1 Service de Médecine Intensive et Réanimation, CHU de Poitiers, Master 1 Ethique, science, santé & société, DES Médecine Interne

Mots clés : Ethique – Comique – Etudes médicales

Résumé : L'humour carabin, du réflexe défensif à l'éthique.

Parallèlement à l'apprentissage scientifique classique, l'étudiant en médecine fait l'expérience de l'humour des salles de garde. Volontiers cynique et obscène, il cherche la subversion et le plaisir qui en résulte. De plus, les objets du rire carabin coïncident avec ceux de la médecine¹ ; soit le corps via la sexualité et l'excrémentiel d'une part, la mort via la maladie d'autre part. Etant donné, la valeur normative conférée par Bergson au comique² et la contagion du ton humoristique, il est alors nécessaire de se poser la question de la valeur d'un tel rire. Par ailleurs, la justification de ce procédé comme d'une soupape-sécurité saine est mise à mal par la précocité de ce mécanisme défensif, avant toute confrontation aux objets médicaux. Il faut donc se demander s'il n'existe pas une perversion du plaisir humoristique.

Le procédé défensif de l'*humour médical*, promu par le plaisir arraché à la souffrance et par la grandeur de cette attitude, est perverti par le carabin en scandale. Cet *humour médical* baigne l'enseignement, les fêtes estudiantines, l'incorporation, et noie les frustrations du carabin. Mais à force, il y adhère comme à de nouvelles anti-normes. Cependant, par son essence de *décalage humain assorti d'une distanciation affective*, les écueils du relativisme et de l'éloignement guettent le rieur, qui omet que le rire doit aussi intéresser l'*humour médical*, et en limiter sa portée. Enfin, l'*humour* semble être un outil éthique intéressant, parce qu'il offre une *distance* réflexive juste, un ancrage *humain* et un *décalage* propice à l'éclosion du doute. Toutefois, le rire ne peut prétendre à plus qu'à une *propédeutique du doute*, premier temps de la démarche philosophique.

Keywords : Ethics – Comedy – Medical studies

Abstract : Carabin humor, from defensive reflex to ethics.

In addition to traditional scientific learning, the medical student experiences humor in the wardroom. Willingly cynical and obscene, he seeks subversion and the pleasure that results from it. In addition, the objects of carabine laughter coincide with those of medicine¹; either the body via sexuality and the incremental on the one hand, death via disease on the other. Given the normative value conferred by Bergson on comedy² and the contagion of a humorous tone, it is then necessary to ask the question of the value of such laughter. Furthermore, the justification of this process as a healthy safety valve is undermined by the precocity of this defensive mechanism, before any confrontation with medical objects. We must therefore ask ourselves if there is not a perversion of humorous pleasure.

The defensive process of medical humor, promoted by the pleasure wrested from suffering and by the grandeur of this attitude, is perverted by the rifle in scandal. This medical humor bathes teaching, student parties, incorporation, and drowns the rifle's frustrations. But by force, he adheres to it as new anti-standards. However, by its essence of human shift accompanied by an emotional distancing, the pitfalls of relativism and distance are watching the laughter, which omits that laughter must also interest medical humor, and limit its scope. Finally, humor seems to be an interesting ethical tool, because it offers a fair reflexive distance, a human anchor and a gap conducive to the emergence of doubt. However, laughter can claim no more than a propaedeutics of doubt, the first step in the philosophical process.

INTRODUCTION

Parallèlement à l'apprentissage scientifique classique, l'étudiant en médecine fait l'expérience de l'humour des salles de garde. Volontiers cynique et obscène, il cherche la subversion et le plaisir qui en résulte. De plus, les objets de rire carabin coïncident avec ceux de la médecine¹; soit le corps via la sexualité et l'excrémentiel d'une part, la mort via la maladie d'autre part. Etant donné, la valeur normative conférée par Bergson au comique² et la contagion du ton humoristique, il est alors nécessaire de se poser la question de la valeur d'un tel rire. Par ailleurs, la justification de ce procédé comme d'une soupape-sécurité saine est mise à mal par la précocité de ce mécanisme défensif, avant toute confrontation aux objets médicaux. Il faut donc se demander s'il n'existe pas une perversion du plaisir humoristique.

LE FONCTIONNEMENT DE L'HUMOUR CARABIN

Considérer le comique revient à esquisser les éléments présidant à sa possibilité même³. C'est-à-dire éclaircir, d'une part, les raisons probables rendant le procédé accessible; d'autre part, l'intérêt personnel et collectif à en user. Grâce à l'analyse freudienne, il apparaît que le plaisir joue un rôle prépondérant car c'est lui qui est visé par le mécanisme humoristique⁴. Le plaisir résulte de l'économie affective que le rire procure, et surtout de la supériorité qu'il confère. Toutefois, il ne saurait à lui seul justifier l'existence sociale du rire. En effet, le rire doit, pour éclore, non seulement être « autorisé », mais également ne pas être couvert d'un « interdit ». Et c'est précisément le paradoxe du rire qui, irraisonnable, touche aux interdits. Mais cela peut s'expliquer par le fait que le comique permet, tout en jouant avec, de repréciser les règles. Et s'il les bouleverse, il peut être tenu pour nul et non avvenu.

Pour étayer ce propos, il faut tenter de définir les différentes notions en présence. Le comique en général semble pouvoir s'expliquer comme *un décalage humain assorti d'une distanciation affective*. Le *décalage* tient entre le « faux » et le « vrai »⁵, ou du moins l'apparente véracité et une apparente fausseté. De plus, il ne peut exister que par l'homme qui seul croit posséder le libre arbitre; et qu'en l'homme qui seul peut déceler ce *décalage*. En cela, le comique est profondément *humain*. Enfin, le rire ne jaillit que lorsque ce *décalage humain* semble suffisamment *distant affectivement*. L'*ironie* correspond alors à un *décalage* dont la *distanciation affective* se trouve floutée par son auteur. Le *cynisme* abolit de même la *distance affective* et révèle crûment un *décalage*, tout à la fois brutal et juste. A l'inverse, l'*humour*⁶ met en lumière le *décalage* mais dans un contexte *affectif* fort rendant la *distanciation* extrêmement

difficile et brève. L'humoriste rit de ses propres déboires.

Traitant de *l'humour carabin*, il paraît nécessaire de développer les misères étudiantes qui justifient un tel vocable. La vie étudiante qui n'est vue que sous les agréments de la jeunesse n'est en réalité pas si enviable⁷. Tout d'abord, l'étudiant quittant sa famille est, en dépit de sa dépendance économique, livré à lui-même. Il s'inscrit en médecine au nom d'une vocation avoué d'aide à l'autre, cachant la reproduction sociale, et la recherche d'une situation stable. Pour y parvenir, le carabin apprend par cœur une somme de connaissances; au point qu'idiotisé, il semble la vénérer comme d'une fin. A l'issue du concours, il ne connaît toujours rien du monde, et, du jour au lendemain, se retrouve dans une fête perpétuelle l'initiant à l'alcool, aux drogues, à la sexualité. Et s'il s'engage, sa jeunesse l'expose aux écueils de l'ignorance de ses prédécesseurs, ou de l'inaction du fait même de ces prédécesseurs.

Dans le même temps, il découvre *l'humour carabin*. Ce dernier issu des salles de garde servait autrefois de soupape-sécurité. En effet, les étudiants d'alors en apprenant la médecine bravaient des interdits. En outre, les internes étaient enfermés dans l'enceinte de l'hôpital et s'y trouvaient corvéables à merci. Ils côtoyaient sans cesse la maladie et la mort. Dans ce contexte, deux méthodes compensatoires se croisaient. D'une part, la plaisanterie due en partie à la jeunesse, et d'autre part, la sexualité due à la virilité du corps médical d'alors. Comme la médecine a attiré à la maladie, la mort, la sexualité, et l'excrémentiel, le rire médecin se trouvent être cynique, sale et grivois⁸⁻⁹. Ce particularisme fut transmis ensuite au plus jeune, l'étudiant. Ainsi, sans stress à évacuer, seuls le *cynique*, l'*obscène* et le *scandaleux* lui sont enseignés. Cependant, pour que ce type de comique fonctionne encore, il faut des initiés pour jouir de l'offuscation des profanes. Ainsi, ce genre d'humour oblige à la publicité.

LES CONTEXTES ET LES RÔLES DE L'HUMOUR CARABIN

Le carabin est réputé être un travailleur acharné, et souvent, l'humour médical s'insinue dans ce labeur. Le comique y est utilisé à des fins très diverses. Tout d'abord, lors des cours magistraux, il est un atout oratoire. Et, la plaisanterie sert fréquemment de moyen mnémotechnique d'une redoutable efficacité. Mais le comique se voit parfois plus intimement lié au savoir lui-même. Le *décalage* se marie parfaitement aux ressemblances terminologiques à la source de certaines erreurs risibles. D'autre part, il participe du travail scientifique. En effet, l'*humour* offre de mettre à distance les objets médicaux, afin de les repenser plus sereinement; et le *cynisme* est

un moyen de pousser au doute, temps primordial de la démarche scientifique. De plus l'*obscène* et le *cynisme* mettent crûment les carabins en face des réalités médicales. D'ailleurs, l'*humour*, intensément lié au savoir lui-même, semble parfois le sublimer. Enfin, le rire – à l'instar de la servante de Thrace¹⁰ – joue également un rôle de limitation de l'obsoleète connaissance théorique.

Si le comique tient une place de choix dans l'enseignement, il est au tout premier plan dans la fête estudiantine. Il a une fonction analogue à celle du bizutage, c'est-à-dire « l'usinage », au sens d'uniformisation des étudiants et de « rite » de passage. Toutefois, ici ce sont les « bizutés » qui le réclament. Les fêtes sont baignées par une ambiance très particulière qui crée un espace de grande permissivité que démontrent les actes des initiateurs. Ainsi, la contrainte cède sa place à l'expérience guidée de la permissivité. Les néophytes y basculent petit à petit – sans forcément en prendre conscience. Le franchissement insidieux de leurs limites n'est pas vécu comme une perte, mais comme une promotion. La faluche – chapeau traditionnel des étudiants français – rempli de même une vocation folklorique. Elle est d'ailleurs basée sur le burlesque d'un code d'honneur désuet, des sacrements chrétiens ; et le serment de baptême est calqué sur celui d'Hippocrate¹¹.

Le « bizutage » et la faluche prennent part au processus d'incorporation. De même, l'*humour médical* est un outil à portée de ce phénomène qui se produit d'une part, par l'identification, par les profanes, de l'étudiant au corps médical ; d'autre part, par les maîtres de l'étudiant qui le couvrent de bienveillance. Ainsi l'*humour carabin*, transmis par les anciens, équivaut à un héritage. L'humour devient à proprement parler médical car, fait entre médecins, il est audible d'eux seuls. En effet, comme leur fonction leur donne à voir ce que personne d'autre n'est autorisé à voir, ils rient de ce qu'eux seuls côtoient. L'*humour médical* si particulier devient à son tour une marque de reconnaissance des carabins, un plaisir réservé aux initiés. Une sorte de ciment corporatiste. C'est d'ailleurs lui qui préside aux rassemblements des étudiants en médecine de France.

Enfin, le dernier rôle de l'humour médical est celui de pallier aux désillusions que subissent les carabins. Les premières désillusions, loin d'être considérées comme saines, sont source de frustration et mal supportées. La première de celles-ci est la déception face à l'absence de vie meilleure grâce à la réussite du concours. De plus, le carabin se réveille du concours sans but précis. A cela s'ajoute la mise à mal de ses limites qu'engendrent la fête et l'*humour carabin*. Et comme l'étudiant renferme trop d'envie, de rage, et d'espoir, il entend jouir immédiatement de sa réussite. La fête et ses scandales servent d'exutoire où noyer son malaise.

Pis, le scandaleux réitéré, en rejouant la perte de ses anciennes limites, fait office de réassurance. Il se montre alors qu'il n'y a par là rien de dangereux. Mais, à force ce scandale ennuyeux, vide, ne fait plus qu'exprimer son malaise.

LES LIMITES ET LE DÉPASSEMENT DE L'HUMOUR CARABIN

La *distance affective* participant du processus comique pousse à l'éloignement de son auteur. Dans le cas du carabin, cette *distance affective* coïncide avec l'ignorance existentielle des objets comiques. L'*humour carabin*, comme réflexe défensif cherchant à limiter l'affectation qu'occasionne l'exercice médical, devient, dans la précocité des carabins, un éloignement anticipé empêchant la rencontre avec les objets médicaux. La supériorité dont découle le plaisir comique¹², rend ses objets encore plus risibles. Il apparente les malades à de inférieurs, et, conscient de ses devoirs, l'étudiant joue à son tour un rôle. Mais l'éloignement ne se situe pas tant entre le carabin et les malades, mais bien dans l'étudiant lui-même. Par la répétition du scandale, il investit peu à peu le Moi scandaleux. Le carabin se rattache à son éloignement comme à une nouvelle identité. Une sorte d'identité du lointain, de l'indifférence, du rire imbécile, de l'amusement perpétuel.

L'éloignement, en dépassionnant le monde, peut aussi mener à le considérer comme vain. Ainsi, l'éloignement et le doute sont responsables d'un cercle vicieux. En effet, en vidant le monde de son sens, l'éloignement provoque le doute qui ne fait qu'accroître l'éloignement¹³. Le *décalage* nécessite, le temps de sa constitution, un « arrêt de jugement ». Dans le cynisme, le scandaleux, l'*obscène*, l'« arrêt de jugement » attire au moral. Ainsi, la répétition du procédé donne à l'esprit un tour immoral. En s'identifiant un peu au rire, au scandale et au cynisme de l'*humour médical*, il est légitime de vouloir reconsidérer les valeurs et les principes. Fort d'une connaissance – physique et psychique – de l'homme, l'étudiant ne serait qu'un monstre s'il n'avait pas de morale. Mais le rire dans son essence même de *décalage* nécessite une norme. Ainsi, tant qu'il rit, l'étudiant admet des normes. Toutefois, comme tout moyen rhétorique, le comique peut se voir pervertir.

Ces deux écueils de l'éloignement et du relativisme sont mis à jour par un seul et même fait : le carabin manque d'*humour*. Tout d'abord, quant à sa situation, l'étudiant en médecine, s'il sait qu'il est malheureux, ne parvient pas à se déprendre. De plus, il croit avoir de l'*humour* en imitant de manière imbécile les facéties des plus anciens, et en déversant une part de son malaise dans ce jeu insatisfaisant jusqu'à s'y identifier¹⁴. D'une simple soupape-sécurité pour supporter la maladie, la souffrance, les excréments et la nudité, l'*humour*

médical est devenu un générateur d'individus capables d'accomplir sans sourciller la besogne médicale. Un créateur d'anti-normes. Mais, l'étudiant doit apprendre à rire des normes qu'il a reçues de ses parents, et de celles qu'il a héritées de ses prédécesseurs, dont l'humour médical. Le rire doit limiter le rire. Du fait de la conscience de cette démarche, il redonnerait un sens plein à son engagement soignant, non en dépit, mais grâce à sa capacité d'immoralité.

Enfin, *l'humour médical* peut être un outil éthique de déconstruction des valeurs. Ce dont nous sommes incapables de rire relève soit d'une profonde imprégnation, soit d'un fanatisme. Le rire, juste, permettrait de générer une *distance affective* suffisante à la réflexion, ni trop lointaine, ni trop proche. Quant au *décalage*, c'est un outil tranchant dans l'argumentation. Toutefois, il est facile de le manier à ses fins. Ainsi, le rire ne peut construire lui-même des valeurs. Il est une sorte de propédeutique au doute, mais avec la plus-value du plaisir. C'est précisément cela que nous croyons déceler dans la démarche de *l'humour carabin*. De plus, quand l'humoriste s'amuse de ses misères, il opère par ce biais un décentrage. Cette attitude est hautement philosophique.

CONCLUSION

Le procédé défensif de *l'humour médical*, promu par le plaisir arraché à la souffrance et par la grandeur de cette attitude, est perverti par le carabin en scandale. Cet *humour médical* baigne l'enseignement, les fêtes estudiantines, l'incorporation, et noie les frustrations du carabin. Mais à force, il y adhère comme à de nouvelles anti-normes. Cependant, par son essence de *décalage humain assorti d'une distanciation affective*, les écueils du relativisme et de l'éloignement guettent le rieur, qui omet que le rire doit aussi intéresser *l'humour médical*, et en limiter sa portée. Enfin, *l'humour* semble être un outil éthique intéressant, parce qu'il offre une *distance réflexive juste*, un ancrage *humain* et un *décalage* propice à l'éclosion du doute. Toutefois, le rire ne peut prétendre à plus qu'à une *propédeutique du doute*, premier temps de la démarche philosophique.

Références :

1. Paul Nizan, *La complainte du carabin*, Paris, Mille et une nuits, « Petite collection » 1999, p 24.
2. Henri Bergson, *Le rire*, Paris, PUF, « Quadrige », 2007, 360 pp.
3. Michel Foucault, *L'ordre du discours*, Paris, Gallimard, « nrf », 1971, 82 pp.
4. Sigmund Freud, « L'humour », *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Paris, Gallimard, « Folio essais », Paris, 1985, p 317-328.
5. Arthur Schopenhauer, *Le monde comme volonté et comme représentation*, Paris, PUF, « Quadrige » 2008, p 93-96 et 771-783.
6. Robert Escarpit, *L'humour*, Paris, PUF, « Que sais-je ? », 1960, 128 pp.
7. Les membres de l'Internationale Situationniste et les étudiants de Strasbourg, *De la misère en milieu étudiant considérée sous ses aspects économique, politique, économique, psychologique, sexuel et notamment intellectuel et quelques moyens pour y remédier*, Supplément à la revue Internationale Situationniste, Paris, 1967, 32 pp.
8. Etudiants en médecine de Lyon, « Les joyeusetés de Dupuytren », *L'humour médical*, Numéro 4, Lyon, 1911, p 65-66.
9. Samuel Shem, *Au seuil du paradis*, Paris, Robert Laffont, « Pavillon », 1981, p 35.
10. Hans Blumenberg, *Le rire de la servante de Thrace*, Paris, L'arche, 2000, p 91-93.
11. Collectif, *Le code de la faluche*.
12. Charles Baudelaire, *De l'essence du rire*, Paris, Sillage, 2008, p 46.
13. Georges Perec, *Un homme qui dort*, Paris, Denoël, « Folio », 1924, p 140-144.
14. Andre Comte-Sponville, « L'humour », *Traité des grandes vertus*, Paris, PUF, « Perspective critique », 1995, p 275-290

Remerciements :

Nous sommes redevables à Yannis Constantinidès pour ses conseils, au Centre d'Ethique Clinique de l'Hôpital Cochin, à l'Espace Ethique Ile-de-France et au Pr Emmanuel Hirsch pour son encadrement.

Titre : Médecine éco-responsable, mirée à l'aune de la santé individuelle ou du bien-être collectif ?

Valentin David,

Pharmacien hospitalier, Assistant de recherche en cancérologie fondamentale, Faculté de Médecine de Limoges

Pierre Dufour,

Docteur vétérinaire, Bordeaux

Perrine Coste-Mazeau,

Gynécologue-obstétricienne, CHU de Limoges, Coordinatrice du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal du Limousin

Maryse Fiorenza-Gasq,

gynécologue-obstétricienne, CHU de Limoges. Directrice du site de Limoges de l'Espace de Réflexion Éthique de Nouvelle Aquitaine, Présidente du Conseil d'Orientation de l'ERENA

Mots clés : soins éco-responsables – développement durable – santé publique – environnement, prévention

Résumé : Médecine éco-responsable, mirée à l'aune de la santé individuelle ou du bien-être collectif ?

Les progrès de la médecine et sa technicité croissante nécessitent une quantité grandissante de ressources toujours plus variées. De la même façon, les activités humaines et les activités de soins sont pourvoyeuses d'un grand nombre de rejets toxiques (Hancock et al., 2001) dont les conséquences sur la dégradation environnementale (maladies environnementales, phénomènes météorologiques extrêmes) et la santé humaine (augmentation de maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes, famines, guerres) sont déjà observables (Haines & Ebi, 2019).

Le droit à la santé de chaque individu ainsi que le devoir du soignant de tout mettre en œuvre pour optimiser la prise en charge de son malade se heurtent donc au principe moral de responsabilité pour la préservation de l'écosystème et de la santé des générations futures.

Parce qu'un médecin doit s'assurer de ne pas soigner ses patients en rendant d'autres personnes malades, une réflexion éthique a été menée sur les possibles pour une médecine plus performante au plan collectif, tout en conciliant les bénéfices de la médecine individuelle.

Keywords : eco-responsible care – sustainable development – public health – environment, prevention

Abstract : Eco-responsible medicine, based on individual health or collective well-being?

The progress of medicine and its technical complexity require an ever-increasing amount of more and more varied resources. Similarly, human activities and care activities are responsible for a large number of toxic discharges (Hancock et al., 2001) whose consequences on environmental degradation (environmental diseases, extreme weather events) and human health (increase in emerging and re-emerging infectious diseases, famine, war) are already perceptible (Haines & Ebi, 2019).

The right to health for each individual and the caregiver's duty to do everything possible to optimize the care of his (or her) patient therefore come up against the moral principle of responsibility for the ecosystem preservation and the health of future generations.

Because a medical doctor must ensure that he does not treat his patients by making others sick, an ethical reflection has been conducted on the possibilities for a more efficient medicine at a collective level, while reconciling the benefits of individual medicine.

Plan :

1. Quel lien peut-on faire entre la santé et l'environnement ?

1.1. L'activité de soins n'est pas dénuée d'impact écologique

1.2. L'inflation des maladies environnementales

2. Que nous disent les textes ?

3. Soigner l'environnement pour se soigner soi-même

3.1. L'Homme est le pire ennemi de l'Homme

3.2. La technologie peut-elle tout résoudre ?

3.3. Une « médecine durable » pour mieux vivre demain

INTRODUCTION

« D'abord ne pas nuire, ensuite soigner » écrivait Hippocrate dans le traité des *Épidémies* daté de 410 av. J.-C. Ce dogme s'articule autour de trois entités indissociables formant le « triangle hippocratique » : le malade, la maladie et le médecin. Le soignant a le devoir de tout mettre en œuvre pour prodiguer le meilleur soin (obligation de moyens¹) à un être humain dont le droit fondamental est de posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre². Cet ensemble de valeurs médicales place l'individu malade au cœur de l'objectif médical, mobilisant un ensemble de ressources dont la finalité sera le plus souvent son bénéfice individuel.

Dans une logique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, la médecine est de plus en plus technique. Sa pratique nécessite du matériel et des infrastructures de haute technologie faisant appel à une quantité croissante de ressources³. Même si des efforts sont réalisés en termes d'« éco-conception » des soins, elle génère une quantité considérable de polluants. Le soin prodigué à un individu est à l'origine d'une empreinte écologique non négligeable et participe à l'altération de l'environnement⁴.

Pourtant, les preuves ne cessent de s'accumuler pour mettre en cause l'impact de la dégradation de l'écosystème sur la santé humaine, animale et végétale et alerter sur ses conséquences déjà observables (maladies environnementales, sixième extinction de masse, phénomènes météorologiques extrêmes) et à craindre (augmentation de maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes, famines, guerres, etc.) Autant de catastrophes qui menacent la santé des populations dans le monde entier⁵.

1 Arrêt Mercier du 20 mai 1936.

2 Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé adoptée par la Conférence Internationale de la Santé en 1946.

3 HANCOCK, T., (2001), Doing Less Harm: Assessing and Reducing the Environmental and Health Impact of Canada's Health Care System, *Canadian Coalition for Green Health Care*.

4 KAISER, B., D. EAGAN, P. & SHANER, H., (2001), Solutions to health care waste: life-cycle thinking and « green » purchasing, *Environmental Health Perspectives*, vol. 109, n°3

5 HAINES, A. & EBI, K., (2019), The Imperative for Climate Action to Protect Health, *New England Journal of Medicine*, vol. 380, n°3, p. 263-273.

Il existe donc un véritable dilemme éthique entre la morale sociale au bénéfice collectif (principe de responsabilité pour la préservation de l'écosystème et de la santé des générations actuelles et à venir) et le devoir du soignant de tout mettre en œuvre pour optimiser la prise en charge de son malade. « En effet, [la médecine] a, en tant qu'art, à prendre en charge le corps singulier d'un patient qui souffre et à le respecter. Mais en tant que recherche scientifique, elle doit considérer ce corps de manière exclusivement objective et agir sur lui en vue d'améliorer la vie des générations futures. Or, ces deux obligations peuvent ne pas être compatibles. »⁶ Quels sont alors les éléments nous permettant de penser que la prise en charge d'un individu dans sa globalité mettrait en péril la vie du groupe ?

Après avoir réalisé un état des lieux des conséquences écologiques connues des activités de soins et de l'altération de l'environnement sur la santé humaine, nous tenterons de concilier l'exercice d'une médecine personnelle avec la préservation de l'environnement, profitable au bien-être et à la santé de tous, sans concession. L'analyse des valeurs et textes règlementaires inhérents à la pratique médicale sera étayée par une réflexion éthique et philosophique pour des soins éco-responsables.

1. QUEL LIEN PEUT-ON FAIRE ENTRE LA SANTÉ ET L'ENVIRONNEMENT ?

En l'espace d'un siècle, l'évolution de la pratique médicale a considérablement augmenté l'espérance de vie⁷ : vaccination, anticancéreux, traitement de la tuberculose, du VIH, techniques de suppléance d'une fonction organique comme la dialyse, etc. Pourtant, la médecine moderne participe à la destruction de l'environnement et pourrait contribuer, *in fine*, à générer plus de maladies qu'elle n'en guérit car le système de santé participe lui-même à l'émergence de problèmes de santé liés à l'environnement⁸.

1.1 L'activité de soins n'est pas dénuée d'impact écologique

La plupart des établissements de santé ont un fonctionnement continu et génèrent un impact écologique majeur sur l'environnement.

Le transport de biens et de personnes, le chauffage et le fonctionnement de tous les appareils électriques entraînent une consommation massive d'énergies variées tout en émettant une grande quantité de gaz à effets de serre [GES] (Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Énergie, 2012; Connor *et al.*, 2011; Kaiser *et al.*, 2001; Pencheon, 2009; Salem Szklo *et al.*, 2004) (**Voir Annexe 1**).

6 POMMIER, É., (2012), Hans Jonas et le Principe Responsabilité, Presses Universitaires de France, Paris, 480 p.

7 ALEXANDRE, L., (2019), L'homme combat la nature depuis un million d'années, *L'Express* n°3543, p. 22.

8 AZAR, F. E., FARZIANPOUR, F., FOROUSHANI, A. R., BADPA, M. & AZMAL, M., (2015), Evaluation of Green Hospital Dimensions in Teaching and Private Hospitals Covered by Tehran University of Medical Sciences, *Journal of Service Science and Management*, vol. 08, p. 259.

Les pays développés utilisent de plus en plus de matériel à usage unique pour réaliser les actes de soins générant un volume de déchets croissant. Les déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI) doivent subir une inactivation dans des incinérateurs avant de rejoindre le circuit des déchets ménagers. Cette étape supplémentaire est coûteuse en énergie et participe au rejet de toxiques dans l'atmosphère (Morris *et al.*, 2013; Stall *et al.*, 2013; World Health Organization & Health Care Without Harm, 2009) (**Voir Annexe 2**).

Les solvants utilisés pour la recherche ou la fabrication de médicaments ainsi que les effluents hospitaliers rejoignant le circuit des eaux usées véhiculent des substances chimiques retrouvées dans les sols, les boues de stations d'épuration ou l'air atmosphérique, et ceci partout dans le monde (Jackson *et al.*, 2019; Ory *et al.*, 2019; Stockholm County Council, 2015) (**Voir Annexe 3**).

Les activités de soins ont donc une empreinte écologique et environnementale importante qu'il n'est pas possible de nier. Paradoxalement, l'altération de la qualité de l'environnement est, entre autres, génératrice de maladies environnementales qui ne font qu'augmenter la demande de soins, constituant alors un cercle vicieux.

1.2 L'inflation des maladies environnementales

L'activité humaine a des conséquences dévastatrices sur l'environnement touchant à la fois le climat mais également la santé humaine, animale et végétale. Le nombre de décès associé aux maladies environnementales, essentiellement de causes cardio-vasculaires et de cancers⁹, est estimé à 6,5 millions par an dans le monde^{10 11 12}. En Europe, 422 000 décès prématurés (dont 35 800 en France) seraient liés à l'inhalation de particules fines¹³. Si on ne s'intéresse qu'à celles émises par le trafic routier, les frais de santé engagés se situent entre 66,7 et 79,8 milliards d'euros chaque année¹⁴.

9 Cancers du poumon, accidents vasculaires cérébraux, maladie rénale chronique, cardiopathies, pneumopathies chroniques obstructives.

10 BOWE, B., XIE, Y., LI, T., YAN, Y., XIAN, H. & AL-ALY, Z., (2019), Estimates of the 2016 global burden of kidney disease attributable to ambient fine particulate matter air pollution, *BMJ Open*, vol. 9, n°5, p. e022450.

11 CHEVRIER, C., LIMON, G., MONFORT, C., ROUGET, F., GARLANTEZEC, R., PETIT, C., ... CORDIER, S., (2011), Urinary biomarkers of prenatal atrazine exposure and adverse birth outcomes in the PELAGIE birth cohort, *Environmental Health Perspectives*, vol. 119, n°7, p. 1034-1041.

12 SPINDER, N., PRINS, J. R., BERGMAN, J. E. H., SMIDT, N., KROMHOUT, H., BOEZEN, H. M. & DE WALLE, H. E. K., (2019), Congenital anomalies in the offspring of occupationally exposed mothers: a systematic review and meta-analysis of studies using expert assessment for occupational exposures, *Human Reproduction* (Oxford, England), vol. 34, n°5, p. 903-919.

13 AGENCE EUROPEENNE DE L'ENVIRONNEMENT, (2018), Qualité de l'air en Europe.

14 https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/11/28/pollution-automobile-entre-667-et-798-milliards-deuros-de-frais-de-sante-chaque-annee-en-europe_863444

Les changements climatiques mettent également en péril les ressources essentielles à une bonne santé, en premier lieu dans les pays en difficulté où les conditions de vie sont déjà difficiles : l'eau, la nourriture et le logement. Ils pourraient générer des épisodes de famines et des épidémies gravissimes. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime qu'entre 2030 et 2050, ils seront responsables d'environ 250 000 décès supplémentaires chaque année. Pour survivre, des mouvements de population massifs vers les zones géographiques plus tempérées obligeront les populations locales à partager leurs ressources, situation pouvant générer des conflits géopolitiques majeurs (Haines & Ebi, 2019; Landrigan *et al.*, 2018) (**Voir annexe 4**).

La prise en charge de ces pathologies liées à l'environnement nécessite des activités de soins régulièrement réalisées dans des structures de santé de taille industrielle (hôpitaux, cliniques) qui, en plus de nécessiter des ressources importantes pour fonctionner (eau, électricité, dérivés pétroliers, nourriture), rejettent des volumes de déchets astronomiques, entretenant ainsi la dégradation de l'environnement et donc de la Vie. La double crise de la santé publique et celle de l'environnement se confondent, la confluence des deux amplifiant la puissance destructrice de chacune : il paraît difficile de concevoir une politique de santé publique cohérente sans tenir compte de la problématique environnementale.

Parce que la politique et le juridique s'articulent ensemble pour déterminer un cadre, voyons maintenant comment les textes officiels sont rédigés au sujet du droit à la santé dans le monde.

2. QUE NOUS DISENT LES TEXTES ?

De façon générale, tous les textes de loi accordent un droit inaliénable à la santé pour chaque homme vivant sur Terre (**Voir annexe 5**). A ce compte-là, toutes sortes de ressources peuvent être mobilisées pour la santé d'un individu sans que ne soit envisagée la notion de protection environnementale. D'un autre côté, il est aussi de notre devoir de protéger l'environnement pour notre propre santé et celle des générations futures.

D'un point de vue légal, seules les dispositions sur le soin individuel sont contraignantes et peuvent aboutir à des sanctions (disciplinaires, juridiques, pénales) mettant en jeu la responsabilité médicale. Au contraire, le droit de l'environnement est un droit complexe. Constitué de grands principes non circonstanciés donc difficilement invocables, il est de surcroît parfois en contradiction avec des normes contraignantes. De plus, sa mise en application pourrait avoir à court terme un coût économique de mise en conformité bien supérieur à celui du recouvrement des amendes : il n'est donc pas toujours appliqué¹⁵. Cela met en évidence un

15 <http://www.leparisien.fr/environnement/pollution-la-commission-europeenne-assigne-la-france-devant-la-cour-de-justice-17-05-2018-7721139.php>

conflit de valeurs qui oppose le bien être individuel et la santé collective. Pourtant, il ne peut y avoir de santé collective sans santé individuelle, et réciproquement.

En dehors de la Charte de l'environnement qui fait le lien entre santé et environnement, les notions de droit à la santé individuelle et celles de droit à un environnement de qualité sont le plus souvent traitées de façon dichotomique dans des paragraphes ou des articles indépendants : par exemple, nous pouvons lire « l'intérêt [de l'être humain] prévaut sur le seul intérêt de la société » et en même temps « les professionnels de santé ont le devoir de veiller à la santé de la population mondiale et des générations futures ».

L'article L. 1110-5 du Code de la Santé Publique est intéressant car il pourrait être lu de deux façons. Qu'est-il entendu par « meilleure sécurité sanitaire » ? Il peut s'agir d'une vision anthropocentrée : la sécurité sanitaire d'un établissement de santé doit permettre d'éviter les infections nosocomiales (les antiseptiques et antibiotiques sont là pour répondre à ce problème); ou bien d'une vision plutôt biocentrée : la sécurité sanitaire passe par une gestion rationnelle de l'utilisation des biocides pour préserver l'environnement et conserver des armes thérapeutiques.

Si l'on s'intéresse maintenant à la Déclaration Universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme¹⁶, il est possible de lire que les sciences et la technologie doivent favoriser l'accès à des soins de qualité, mais qu'en même temps, il est nécessaire d'améliorer les conditions de vie et de l'environnement pour avoir une alimentation et une eau adéquates. Que répondre quand on sait que les solvants des industries pharmaceutiques sont retrouvés dans les eaux usées et dans l'atmosphère, que la qualité nutritionnelle de nos vivres (donc la qualité de notre santé) est dépendante de la pollution des nappes phréatiques (engrais, pesticides) et donc de notre eau de boisson, que les œstrogènes utilisés pour la contraception féminisent les poissons que nous mangeons, que la quantité de plastique utilisée pour les soins ou la recherche médicale menace tout l'écosystème marin via l'acidification des océans, etc.

En pratique, l'enjeu écologique de la médecine moderne n'est rien comparé à celui de la qualité et de la sécurité des soins. Bien sûr, on pourrait parler de ces « hôpitaux verts »^{17 18} qui adoptent des attitudes écologiques (politique d'achat, réduction de la consommation énergétique, réduction du volume et tri des déchets, etc.), mais la

logique au chevet du patient n'est pas à l'économie de plastique car le personnel soignant doit également assurer, et heureusement, une sécurité et une qualité de soins optimales.

Du point de vue éthique, il est aujourd'hui difficilement concevable de faire rentrer le concept d'impact écologique dans nos décisions de soins, lors de la rédaction des consensus de prise en charge ou encore pendant des comités d'éthique. Il n'est pas envisageable de récuser un patient de 85 ans en bon état général pour une opération de la cataracte au motif que les 180 kg d'équivalent CO₂ rejetés par l'intervention sont démesurés pour une chirurgie non vitale¹⁹; d'arrêter les dialyses à 75 ans car 3 séances par semaines représentent une empreinte carbone de 3,8 tonnes d'équivalent CO₂ par an et consomment une quantité très élevée d'eau^{20 21}; ou encore de supprimer ce « surgant » ou ce deuxième champ opératoire stérile ajouté par sécurité : la médecine moderne n'accorde que peu d'importance à une gestion éco-responsable des ressources utilisées pour un soin.

D'un autre côté, il est avéré que la surconsommation des ressources et la pollution menacent la vie humaine. « Nous sommes en danger permanent d'autodestruction collective », écrivait en 1979 Hans Jonas dans *Principe responsabilité*. Pour contribuer à l'amélioration de la santé de certains, il est nécessaire d'encourager des activités potentiellement délétères pour la santé de la planète ... et donc de l'Humanité.

- Peut-on choisir entre une éthique de santé individuelle et une éthique de santé publique ?
- Est-il éthique de faire rentrer la notion de coût environnemental dans nos choix thérapeutiques ?
- En d'autres termes, peut-on privilégier le maintien de la vie d'un individu quand on a toutes les raisons de croire que nos pratiques mettent en jeu la vie de plusieurs autres ?

Toutes ces questions, *in fine*, nous invitent à redéfinir ce qu'est la médecine d'aujourd'hui et de demain.

3. SOIGNER L'ENVIRONNEMENT POUR SE SOIGNER SOI-MÊME

3.1 L'Homme est le pire ennemi de l'Homme

Si l'on remonte au XVII^e siècle, la moitié des enfants mourrait avant l'âge de dix ans et l'espérance de vie atteignait péniblement 30 à 40 ans. Les progrès de la

19 MORRIS, D. S., WRIGHT, T., SOMNER, J. E. A. & CONNOR, A., (2013), The carbon footprint of cataract surgery, *Eye* (London, England), vol. 27, n°4, p. 495-501.

20 CONNOR, A., LILLYWHITE, R. & COOKE, M. W., (2011), The carbon footprints of home and in-center maintenance hemodialysis in the United Kingdom, *Hemodialysis International. International Symposium on Home Hemodialysis*, vol. 15, n°1, p. 39-51.

21 VUIGNIER, Y., PRUIJM, M., JARRAYAH, F. & BURNIER, M., (2013), Dialyse et écologie : est-il possible de faire mieux à l'avenir ?, *Revue Médicale Suisse*. <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-375/Dialyse-et-ecologie-est-il-possible-de-faire-mieux-a-l-avenir> (page consultée le 04/06/19)

16 Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), 1997

17 AZAR, F. E., FARZIANPOUR, F., FOROUSHANI, A. R., BADPA, M. & AZMAL, M., (2015), Evaluation of Green Hospital Dimensions in Teaching and Private Hospitals Covered by Tehran University of Medical Sciences, *Journal of Service Science and Management*, vol. 08, p. 259.

18 BLAU, E., ASRAR, F. M., ARYA, N., SCHABORT, I., ABELSOHN, A. & PRICE, D., (2016), Greener medical homes, *Canadian Family Physician*, vol. 62, n°5, p. 381-384.

science, de la technologie et de la médecine étaient considérés, à juste titre, comme le seul moyen d'enrayer les épidémies causant des millions de morts chaque année. Ainsi, Descartes, dans sa vision humaniste, imaginait la science comme « l'invention d'une infinité d'artifices qui pourraient nous permettre de jouir sans nulle difficulté des fruits de la Terre et de tous ses biens, mais aussi principalement pour la conservation de la santé, laquelle est sans doute le premier bien et le fondement de tous les autres biens de cette vie. » A cette fin l'Homme doit devenir « comme maître et possesseur de la nature »²².

En 2019, Philippe Bihouix²³ écrivait ainsi : « L'homme est devenu une force géologique altérant l'équilibre climatique [et] modifiant profondément les cycles géochimiques »²⁴. Parce que la nature a longtemps été considérée comme « au service » de la société, « altérable à volonté » par la technologie, et non perçue comme un écosystème en harmonie dont fait partie l'Humain, nous vivons aujourd'hui dans un environnement menacé (réchauffement climatique, catastrophes naturelles, diminution des ressources, maladies réémergentes, etc.) et menaçant pour la vitalité de tous les êtres vivants²⁵. En effet, la période que nous vivons correspond à la 6^e extinction de masse sur Terre avec à ce jour plus de 58% de populations d'animaux vertébrés disparus au cours des 42 dernières années²⁶. Ce déséquilibre menace non seulement la chaîne alimentaire mais surtout toute vie possible sur Terre : que deviendrions-nous sans la pollinisation assurée par les abeilles ? Il est temps de prendre conscience de l'urgence écologique car il n'est pas sûr que nous trouvions demain les conditions de possibilité de notre survie.

Certes, le fonctionnement des établissements de santé n'est pas responsable à lui seul de la destruction environnementale et de son impact sur la santé humaine. Pour René Dubos²⁷, la somme des petites initiatives est nécessaire pour espérer un changement à grande échelle : « Penser globalement, agir localement ». Si les professionnels de santé sont les garants de la santé de tous, il serait possible d'invoquer leur devoir d'exemplarité pour alerter et donner l'exemple. Chacun doit mener une réflexion sur les conséquences pour autrui de ses actes et se demander jusqu'où ses choix engagent ceux des autres, dans une forme de conception jonassienne de l'éthique « responsabilité pour autrui » et « devant l'avenir »²⁸. Selon lui, parce que la technologie a un pouvoir exorbitant sur la nature

22 Descartes, (1637), Discours de la méthode

23 Ingénieur centralien auteur d'essais sur les questions environnementales.

24 BIHOUIX, P., (2019), Le bonheur était pour demain, Seuil, Paris, 384 p.

25 DALE, A. & HILL, S. B., (2001), At the edge : sustainable development in the 21st century, UBC Press, 212 p.

26 Déclaration de Sir David ATTENBOROUGH, naturaliste et écrivain, le 04 avril 2019.

27 Agronome, biologiste et écologue américain d'origine française.

28 JONAS, H., (2013), Le Principe responsabilité, Flammarion, Paris, 480 p.

et la vie dans son ensemble, nous devons nous considérer co-responsables du devenir de ces entités « fragiles », de façon non réciproque, à l'égard d'un avenir qui n'existe pas et auquel nous ne demanderons pas de compte. Comme le lien d'un adulte (fort) à un nouveau-né (fragile), cette relation n'est pas juridique – elle est éthique –, car fondamentalement asymétrique. Selon Hans Jonas et Emmanuel Levinas, le propre de l'éthique est de commander sans rien promettre en échange²⁹ : le respect de l'Humanité, c'est-à-dire que des hommes uniques soient possibles, qu'ils puissent encore naître et vivre bien. « Nous n'héritons pas de la Terre, nous l'empruntons à nos enfants »³⁰.

3.2 La technologie peut-elle tout résoudre ?

C'est probablement l'héritage des Lumières qui explique la « fascination pour le progrès technique »³¹, toujours prêt à venir au secours et capable de réparer nos dommages. Selon Bihouix, « les progrès techniques, époustouflants et bien réels, donnent des ailes à la fiction qui les projettent d'un futur possible, tandis que cette dernière vient nourrir les réflexions et les rêves des gens « sérieux », comme les entrepreneurs, les politiciens, les scientifiques ou les inventeurs ». Cette fiction d'une technologie futuriste, dystopique ou non, nourrit un imaginaire collectif aussi bien dans le monde de la littérature (*Le meilleur des mondes*, Aldous Huxley (1931); *1984*, George Orwell (1949); *Les furtifs*, Alain Damasio (2019)), du cinéma (*Soleil Vert*, Richard Fleisher (1973); *Bienvenue à Gattaca*, Andrew Niccol (1997), *Black Mirror* (série créée par Charlie Brooker)) ou encore de la santé (transhumanisme, robotisation) : « Qui serait contre les implants neuronaux, s'ils peuvent refaire marcher les paraplégiques et rendre la vue aux aveugles ? » (Bihouix)

Pour autant, le progrès n'est peut-être pas la réponse à tout en ce sens qu'il nécessite de nombreuses ressources dont l'exploitation massive peut conduire à la raréfaction : « Les êtres humains ont consenti et collaboré à la disparition de nombre de choses auxquelles pourtant ils tenaient : tel était le prix à payer pour le progrès. »³². Non seulement, iridium, indium, platine et autres terres rares sont nécessaires pour la fabrication de nouvelles technologies dont la santé est dépendante, mais en plus leur extraction se fait au prix de rejets toxiques par les usines qui les exploitent³³ « Les gains d'efficacité [sont alors] annihilés ou surpassés [...] par l'accroissement du volume de consommation. » (Bihouix) Ainsi, la réponse à l'augmentation de la population et à la société d'abondance a été la

29 HANSEN-LOVE, L., (2006), Cours particuliers de philosophie, Belin, Paris.

30 Proverbe indien repris par Antoine de Saint Exupéry dans *Le Petit Prince*.

31 Guillaume Lachenal, historien des sciences et maître de conférence à l'université Paris Diderot.

32 REY, O., (2018), Leurre et malheur du transhumanisme, Desclée de Brouwer, 196 p.

33 PITRON, G., (2018), La guerre des métaux rares, Les liens qui libèrent, 296 p.

culture intensive qui aujourd'hui menace la fertilité de nos sols et la vie des insectes pollinisateurs. Au lieu de réfléchir aux causes humaines de leur disparition, il est envisagé la fabrication de drones pollinisateurs qui grèveront d'autant plus les ressources de notre planète (piles au lithium, plastique). Dans le domaine de la santé, l'épidémie du virus Ebola a montré que « les drones et les smartphones étaient inutiles sans infirmier ni eau de javel »³⁴. La montée en puissance de l'intelligence artificielle suscite de nombreuses questions éthiques : quel statut juridique lui attribuer ? Comment encadrer la manipulation/édition du génome humain à l'aide du ciseau moléculaire Crispr-Cas9³⁵ ? Peut-on avoir recours à l'utilisation d'implants cérébraux pour augmenter les capacités intellectuelles de l'homme ? La frontière homme/machine devient alors ténue...

3.3 Une « médecine durable » pour mieux vivre demain

Pourtant, la réponse à la question posée par Hans Jonas : « Avons-nous le droit de devenir inhumains pour que des humains restent sur Terre ? » est bien évidemment non. Il n'est pas question ici de défendre le bien commun au détriment du droit à la santé de chaque individu, mais simplement de s'interroger sur les possibles pour une médecine plus performante sur le plan collectif tout en conciliant les bénéfices de la médecine individuelle. Un médecin doit s'assurer de ne pas soigner ses patients en rendant d'autres personnes malades. Pour cela, il importe de changer de paradigme : « d'un système qui mine le futur de notre environnement, il doit devenir un système qui guérit dans chacune de ses activités : économiques, sociales et écologiques. »³⁶

En traitant les causes des maladies (médecine préventive) plutôt que leurs conséquences (médecine curative), la prévention pourrait constituer un axe puissant pour réduire l'activité de soins et le coût de santé publique sans pour autant grever la santé individuelle. Il est un domaine où l'on accepte volontiers de privilégier le bénéfice collectif au bénéfice individuel : la vaccination. Ce procédé, essentiellement altruiste et accepté de tous les professionnels de santé, consiste à administrer une dose d'un médicament (par définition, pouvant être pourvoyeur d'effet(s) indésirable(s)) à un ensemble d'individus, dont

34 Guillaume Lachenal, historien des sciences et maître de conférence à l'université Paris Diderot.

35 TANG, L., ZENG, Y., DU, H., GONG, M., PENG, J., ZHANG, B., ... LIU, J., (2017), CRISPR/Cas9-mediated gene editing in human zygotes using Cas9 protein, *Molecular Genetics and Genomics*, vol. 292, n°3, p. 525-533.

36 ZIGBY, J., (2006), Synergie Santé Environnement – Santé Environnementale. <http://synergiesanteenvironnement.org/> (page consultée le 24/06/19)

37 Jean Zigby est un médecin canadien spécialiste en soins palliatifs, membre fondateur et président de Santé Synergie Environnement, président de l'association canadienne des médecins pour l'environnement et président du comité environnemental du collège québécois des médecins de famille.

l'objectif principal est de protéger ceux qui ne peuvent l'être pour des raisons de (mauvaise) santé. Voici un exemple très répandu où le bénéfice collectif de santé publique est placé au-dessus du bénéfice individuel, et où le devoir d'exemplarité est même défendu par le Dr Patrick Bouet³⁸, soutenant « une mesure qui vise à la rendre obligatoire » au sujet du vaccin antigrippal administré à tous les professionnels de santé³⁹. Sur la base de ce principe de prévention, n'est-ce pas également de notre responsabilité que de garantir l'accès à une sécurité sanitaire pour l'Humanité toute entière, c'est-à-dire l'accès à l'eau potable et aux latrines ?

La « médecine globale des causes » est une médecine vertueuse. Limiter le matériel utilisé pour les soins d'un patient sans lui faire courir un risque supplémentaire paraît difficilement réalisable. Pour les malades, le travail doit donc se faire en amont *via* une politique d'achat éco-responsable et le choix de matériel réutilisable quand c'est possible (autres exemples dans l'Annexe 6), le but étant de viser le meilleur rapport sobriété/efficacité sans pour autant diminuer le rapport bénéfice/risque. Pour les non malades, la prévention des maladies et l'éducation des populations est la meilleure des façons de limiter l'impact environnemental de soins qui n'auront pas lieu. « Si des enfants toujours plus nombreux semblent présenter un trouble de déficit de l'attention, la prescription de méthylphénidate (Ritaline®) augmente, tandis que les appels à la modération sur l'usage des outils numériques par les tout-petits restent encore trop discrets. » (Bihouix). Pourquoi ne pas diminuer nos émissions de GES plutôt que d'allonger la file active de patients atteints de bronchites chroniques ? Utiliser les alternatives de production agricoles qui permettraient de mieux produire tout en protégeant nos sols, nos abeilles et notre santé ? Deux remarques peuvent alors être formulées : (1) la limitation de l'émission des GES ou de l'utilisation des pesticides est-elle du ressort des professionnels de santé, ou plutôt d'un ordre politique mondial ? et (2), ces obligations ne constituent-elles pas une atteinte aux libertés individuelles ?

On voit bien la contradiction entre la conception qui permet « à chacun de produire et consommer le plus possible » et « la sauvegarde de ces nouveaux biens publics que sont la stabilité du climat ou l'intégrité des services écologiques »⁴⁰. L'individu a toujours été placé au centre de l'écosystème, libre de ses choix et de ses actions, dans un système politique libéral gouverné par le court terme. Parce que l'éthique est aussi « la reconnaissance de notre responsabilité envers tout ce qui vit » (Albert Schweitzer), tout le travail est d'arriver à emmener les hommes à abandonner

38 Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins.
39

<https://www.pourquoidoctor.fr/Articles/Question-d-actu/19335-Vaccination-obligatoire-l-Ordre-des-medecins-favorable-pour-les-soignants>

40 BOURG, D. & WHITESIDE, K., (2010), Vers une démocratie écologique, Seuil, Paris, 112 p.

d'eux-mêmes un mode de vie suicidaire, sans quoi il nous faudra déplorer la survenue d'une tragédie humaine évitable. Est-ce à dire qu'il faut les y obliger pour la survie de tous ?

CONCLUSION

La question croisée de l'écologie et de la médecine est finalement peut-être plus un questionnement pratique qu'éthique, mais se résume-t-elle à un savant calcul mêlant ressources et coût de la vie, à un rapport bénéfice/risque ? Les droits de l'homme ont reconnu l'égalité des hommes pour ce qu'ils sont, ne se souciant guère de considérations rationnelles, ou finalistes : c'est une évidence, intuitive, rien n'est plus intolérable que l'injustice. Pourquoi n'en est-il pas de même pour ce que nous appelons la nature ? Nature que nous avons opposée d'emblée à l'Homme, à la culture, à la civilisation. Mais la nature n'est autre que nous-mêmes, comme le corps est esprit, et l'imaginaire d'un Éden intouché et pur n'est que fabulations. La nature de notre fait, peu à peu se meurt, car en ayant peur de mourir, nous mourrons aussi avec elle.

Cependant, la hauteur d'une telle réflexion est parfois détachée de la réalité. Plus concrètement, comment faire comprendre à son patient qu'on ne peut le soigner pour le bien de tous, voire celui de la « Nature » : comment ne pas faire de lui une victime ? Il faudrait qu'il ait une bien haute estime de la collectivité, ou bien un lien très fort avec la nature, pour l'accepter. Alors quelles solutions s'offrent au soignant ? Mentir ? Dans un monde où chacun – et on ne peut que s'en réjouir – est de mieux en mieux informé ? Où la confiance en la médecine diminue ? Comment ne pas sombrer dans une dictature écologique, où seuls les méritants à l'hygiène de vie normée pourraient espérer un traitement, comme on pourrait être tenté de refuser de traiter le cancer du poumon d'un fumeur ? Comment ne pas sombrer dans un système d'effort de guerre où par manque de ressources, la nécessité fait loi ? Mais surtout, comment répondre aux enjeux majeurs de santé publique de demain avec un système à bout de souffle ?

Finalement, après la blessure narcissique de Copernic, Darwin, Freud, la prochaine n'est-elle pas écologique ? Car c'est bien la nature qui est au centre, la survie d'un homme ne peut valoir celle du milieu dans lequel il vit, et intuitivement, n'est-ce pas une évidence ?

Annexe 1 : Consommation énergétique des établissements de santé dans le monde (eau, électricité, gaz et autres combustibles)

Tableau 1 : consommation énergétique des établissements de santé dans le monde (eau, électricité, gaz et autres combustibles)

Kaiser <i>et al.</i> , 2001	Les hôpitaux américains sont les 2 ^e plus gros consommateurs d'énergie après l'industrie et consomment proportionnellement deux fois plus d'énergie qu'un bâtiment conventionnel.
Salem Szklo <i>et al.</i> , 2004	La santé au Brésil nécessite plus de 10% de la production totale d'énergie du pays.
Pencheon, 2009	Le <i>National Health Service</i> au Royaume-Uni rejette 25 millions de tonnes de carbone par an et consomme 25% de la production totale de gaz dans le pays.
ADEME*, 2012	La consommation d'énergie par le système de santé français représente 15% de l'énergie destinée au tertiaire; une journée d'hospitalisation nécessite 400 à 1 200 L d'eau (consommation du domicile : 150 à 200 L/jour).
Connor <i>et al.</i> , 2011	Trois séances de dialyse par semaine pendant un an rejettent 3,8 tonnes d'équivalent CO ₂ .

*Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie

Annexe 2 : Production de déchets par les établissements de santé dans le monde

Tableau 2 : production de déchets par les établissements de santé dans le monde

Stall <i>et al.</i> , 2013	Huit milliards de kg de déchets de soins sont produits tous les ans aux États-Unis, faisant du secteur de la santé le 2 ^e plus gros utilisateur de sites d'enfouissement (après l'agro-alimentaire).
OMS*, 2009	Sur une moyenne de 150 établissements, un CHU Taïwanais produit environ 267,8 tonnes de DASRI* par an (70,3 tonnes pour un hôpital périphérique), soit de 2,41 à 3,26 kg de déchets généraux éliminés par journée d'hospitalisation, dont 0,19 à 0,88 kg de DASRI. L'incinération des DASRI est l'un des 4 principaux producteurs de mercure et de dioxines (perturbateurs endocriniens) retrouvés dans l'atmosphère.
Morris <i>et al.</i> , 2013	Une opération de la cataracte par phacoémulsification au Royaume-Uni produit 180 kg équivalent CO ₂ en GES*.
Stall <i>et al.</i> , 2013	En France, 13,3 kg de déchets sont générés par arthroplastie de genou (71 000 actes en 2013).

*Organisation Mondiale de la Santé

*Déchets d'activité de soins à risques infectieux

*Gaz à effet de serre

Annexe 3 : rejet de toxiques dans l'environnement par les établissements de santé

Tableau 3 : rejet de toxiques dans l'environnement par les établissements de santé

Le Quotidien du Médecin ⁹	La production de l'usine Sanofi de Mourenx (Pyrénées-Atlantiques) a été suspendue en 2018. En cause, le rejet dans l'air d'une quantité supérieure à 7 000 fois la norme de 5 composés organiques dont les effets cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques ne sont plus à démontrer (bromopropane, toluène, isopropanol, valéonitrile, propène).
Stockholm County Council, 2015	De nombreux métabolites médicamenteux s'accumulent dans le sol et les nappes phréatiques puis sont retrouvés dans la viande, les légumes voire l'eau d'adduction car tous ne sont pas filtrés par les stations d'épuration.
Jackson <i>et al.</i> , 2019	Certaines de ces substances peuvent avoir des conséquences néfastes sur la biodiversité en se comportant par exemple comme des perturbateurs endocriniens : les œstrogènes décelés dans les eaux fluviales sont ainsi responsables de troubles endocriniens et de féminisation des poissons mâles.
Ory <i>et al.</i> , 2019	Des bactéries résistantes aux carbapénèmes* ont été retrouvées dans les effluents du CHU de Clermont-Ferrand en amont du réseau collectif d'eaux usées. Ces résistances sont facilement transférables dans l'environnement et pourraient conférer la résistance des bactéries à la majorité des familles d'antibiotiques.

*famille d'antibiotiques la plus puissante utilisée en milieu hospitalier pour le traitement d'infections documentées à bactéries multi-résistantes ou en probabiliste lors d'infections menaçant le pronostic vital.

Annexe 4 : conséquences du réchauffement climatique et de la pollution environnementale sur la santé humaine

Tableau 4 : conséquences du réchauffement climatique et de la pollution environnementale sur la santé humaine

Réchauffement climatique (Haines & Ebi, 2019; Landrigan <i>et al.</i> , 2018)	Catastrophes naturelles	Réfugiés climatiques, destruction des habitats, inondations, épidémies, famines.
	Sécheresse	Réfugiés climatiques, guerres, famines, migration des vecteurs de maladies infectieuses.
	Fonte du permafrost	Amplification du réchauffement climatique (libération de CO ₂ et de CH ₄) (Schuur <i>et al.</i> , 2015). Libération de micro-organismes ancestraux inconnus constituant une menace infectieuse (Houwenhuysse <i>et al.</i> , 2018).
Pollution environnementale	GES*, particules fines	Maladies cardio-vasculaires, cancers (Bowe <i>et al.</i> , 2019; Landrigan <i>et al.</i> , 2018).
	Pesticides	Perturbateurs endocriniens : baisse de la fertilité masculine, cancers, RCIU*, MAP**, troubles du développement neurocognitif (Chevrier <i>et al.</i> , 2011; Santé Publique France, 2018; Spinder <i>et al.</i> , 2019).
	Médicaments	Perturbateurs endocriniens, antibiorésistance (Jackson <i>et al.</i> , 2019; Ory <i>et al.</i> , 2019).

*Retard de croissance intra-utérin

**Menace d'accouchement prématuré

Annexe 5 (1/2): analyse des textes officiels relatifs au droit à la santé individuelle et collective (santé publique)

Tableau 5 : analyse des textes officiels relatifs au droit à la santé individuelle et collective (santé publique)

Textes	En faveur du droit à la santé individuelle	En faveur du devoir de protection de la santé publique
Code international d'éthique médicale (1949)	Le médecin devra agir dans le meilleur intérêt du patient lorsqu'il délivrera des soins.	Le médecin devra s'efforcer d'utiliser de la meilleure façon possible les ressources de santé afin d'en faire bénéficier les patients et leurs communautés .
Déclaration d'Helsinki (1964)	Promouvoir et préserver la santé de l'être humain. Les intérêts [...] de la société ne doivent jamais prévaloir sur le bien-être du sujet.	
	Art*.3 : La santé de mon patient prévaudra sur toutes les autres considérations.	
		Art. 11 : La recherche médicale devrait être conduite de sorte qu'elle réduise au minimum les nuisances éventuelles à l'environnement.
Rapport Belmont (1979)		Principe d'équité : les soins et traitements sont les mêmes pour tous les malades au regard des ressources disponibles.
Déclaration Universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme (1997)	Art. 2 : Primauté de l'être humain : son intérêt prévaut sur le seul intérêt de la société.	
	Art. 14 : Les sciences et les technologies doivent favoriser l'accès à des soins de qualité.	Art. 14 : La promotion de la santé au bénéfice du peuple est un objectif fondamental. Amélioration des conditions de vie et de l'environnement Accès à une alimentation et à une eau adéquate.
		Art. 16 : L'incidence des sciences de la vie sur les générations futures [...] devrait être dûment prise en considération.
		Art. 17 : Rôle des êtres humains dans la protection de l'environnement, de la biosphère et de la biodiversité.

Annexe 5 suite (2/2): analyse des textes officiels relatifs au droit à la santé individuelle et collective (santé publique)

Charte de l'environnement (2004)		Art. 1 : Chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé.
Accord de Paris sur le Climat (2015)		Les professionnels de la santé ont le devoir de veiller à la santé de la population mondiale et des générations futures.
Code de la Santé Publique (mise à jour 2019)	Art. L. 1110-5 : Toute personne a [...] droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées.	
	Art. L. 1411-1 : La nation garantit le droit à la protection de la santé de chacun.	Art. L. 1411-1 : La politique de santé tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé , l'amélioration de l'état de santé de la population [...] et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins. L'identification des principaux déterminants de l'état de santé de la population s'appuie sur le concept d' exposome , entendu comme l'intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine.

*Article

Annexe 6 : autres propositions pour une transition écologique de la médecine (certaines, au moins en partie, sont déjà en place)

Tableau 6 : autres propositions pour une transition écologique de la médecine (certaines, au moins en partie, sont déjà en place)

Éco-conception d'un hôpital	Trier et recycler les déchets.
	Retraiter les dispositifs à usage unique*.
	Déchiqeter et traiter les déchets biomédicaux par micro-ondes*.
	Traiter les eaux usées par oxydation hydrothermale*.
	Traiter la matière organique par un déshydrateur thermique*.
	Limiter les dépenses d'énergie (informatique, éclairage, chauffage).
Promotion de la santé	Favoriser les alternatives aux déplacements motorisés.
	Promouvoir une alimentation éco-responsable au cœur des soins et du bien-être au sein des établissements de santé.
	Renforcer la sensibilisation sur les facteurs de risque liés aux maladies cardio-vasculaires et aux cancers.
	Développer les médecines alternatives ayant fait leurs preuves : hypnothérapie <i>versus</i> gaz halogénés en anesthésie par exemple*.
	Faire de l'éducation à la santé et de la prévention une <i>vraie</i> priorité de santé publique.

*Propositions de Synergie Santé Environnement, groupe de professionnels canadiens issus du monde de la santé qui agit pour la limitation des impacts sanitaires et environnementaux de nos activités de soins.

Bibliographie :

- AGENCE DE L'ENVIRONNEMENT ET DE LA MAITRISE DE L'ÉNERGIE, (2012), Chiffres clés énergie et climat.
- BOWE, B., XIE, Y., LI, T., YAN, Y., XIAN, H. & AL-ALY, Z., (2019), Estimates of the 2016 global burden of kidney disease attributable to ambient fine particulate matter air pollution, *BMJ Open*, 9, 5, p. e022450.
- CHEVRIER, C., LIMON, G., MONFORT, C., ROUGET, F., GARLANTEZEC, R., PETIT, C., ... CORDIER, S., (2011), Urinary biomarkers of prenatal atrazine exposure and adverse birth outcomes in the PELAGIE birth cohort, *Environmental Health Perspectives*, 119, 7, p. 1034-1041.
- CONNOR, A., LILLYWHITE, R. & COOKE, M. W., (2011), The carbon footprints of home and in-center maintenance hemodialysis in the United Kingdom, *Hemodialysis International. International Symposium on Home Hemodialysis*, 15, 1, p. 39-51.
- HAINES, A. & EBI, K., (2019), The Imperative for Climate Action to Protect Health, *New England Journal of Medicine*, 380, 3, p. 263-273.
- HOUWENHUYSE, S., MACKE, E., REYSERHOVE, L., BULTEEL, L. & DECAESTECKER, E., (2018), Back to the future in a petri dish: Origin and impact of resurrected microbes in natural populations, *Evolutionary Applications*, 11, 1, p. 29-41.
- JACKSON, L. M., FELGENHAUER, B. E. & KLERKS, P. L., (2019), Feminization, altered gonadal development, and liver damage in least killifish (*Heterandria formosa*) exposed to sublethal concentrations of 17 α -ethinylestradiol, *Ecotoxicology and Environmental Safety*, 170, p. 331-337.
- KAISER, B., D. EAGAN, P. & SHANER, H., (2001), Solutions to health care waste: life-cycle thinking and « green » purchasing, *Environmental Health Perspectives*, 109, n°3, .
- LANDRIGAN, P. J., FULLER, R., ACOSTA, N. J. R., ADEYI, O., ARNOLD, R., BASU, N. (NIL), ... ZHONG, M., (2018), The Lancet Commission on pollution and health, *The Lancet*, 391, 10119, p. 462-512.
- MORRIS, D. S., WRIGHT, T., SOMNER, J. E. A. & CONNOR, A., (2013), The carbon footprint of cataract surgery, *Eye (London, England)*, 27, 4, p. 495-501.
- ORY, J., BRICHEUX, G., ROBIN, F., TOGOLA, A., FORESTIER, C. & TRAORE, O., (2019), Biofilms in hospital effluents as a potential crossroads for carbapenemase-encoding strains, *The Science of the Total Environment*, 657, p. 7-15.
- PENCHEON, D., (2009), Saving Carbon, Improving Health: NHS Carbon Reduction Strategy, National Health Service, Sustainable Development Unit.
- SALEM SZKLO, A., BORGHETTI SOARES, J. & TIOMNO TOLMASQUIM, M., (2004), Energy consumption indicators and CHP technical potential in the Brazilian hospital sector, *Energy Conversion and Management*, 45, 13, p. 2075-2091.
- SANTE PUBLIQUE FRANCE, (2018), Le chlordécone, cas particulier de l'outre-mer. <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Sante-des-agriculteurs-risques-et-expositions-professionnelles/Le-chlordecone-cas-particulier-de-l-outre-mer> (page consultée le 03/06/19)
- SCHUUR, E. A. G., MCGUIRE, A. D., SCHÄDEL, C., GROSSE, G., HARDEN, J. W., HAYES, D. J., ... VONK, J. E., (2015), Climate change and the permafrost carbon feedback, *Nature*, 520, 7546, p. 171-179.
- SPINDER, N., PRINS, J. R., BERGMAN, J. E. H., SMIDT, N., KROMHOUT, H., BOEZEN, H. M. & DE WALLE, H. E. K., (2019), Congenital anomalies in the offspring of occupationally exposed mothers: a systematic review and meta-analysis of studies using expert assessment for occupational exposures, *Human Reproduction (Oxford, England)*, 34, 5, p. 903-919.
- STALL, N. M., KAGOMA, Y. K., BONDY, J. N. & NAUDIE, D., (2013), Surgical waste audit of 5 total knee arthroplasties, *Canadian Journal of Surgery*, 56, 2, p. 97-102.
- STOCKHOLM COUNTY COUNCIL, (2015), Environnementally classified pharmaceuticals.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION & HEALTH CARE WITHOUT HARM, (2009), Healthy hospitals, healthy planet, healthy people: Addressing climate change in healthcare settings.

Remerciements pour cet article :

À Isabelle DORDAN, professeur agrégée de lettres modernes à l'université de Bordeaux;

Annelise ROUX, écrivain;

Fleur DORDAN, juriste diplômée de l'université Paris I Panthéon Sorbonne;

Pour leur relecture attentive et leurs conseils avisés.

Titre : Gouvernance et programmation : archéologie de l'IA dans le quotidien des soins infirmiers. Quelle réponse éthique à la robotisation des soins?

Willy Lherpinière, willy-lherpiniere@ch-loches.fr ; infirmier au CH Paul Martinais de Loches, titulaire d'un Master II de philosophie.

Mots clés : Présence – Norme – Robotisation – Souci de soi – Éthique

Résumé : Gouvernance et programmation : archéologie de l'IA dans le quotidien des soins infirmiers. Quelle réponse éthique à la robotisation des soins?

À partir d'une analyse foucauldienne des technologies cybernétiques de la gouvernance hospitalière, nous envisagerons la normalisation par la Qualité et la Sécurité comme un régime de véridiction. En édifiant la vérité soignante par une compilation de compétences normées, le dispositif de Qualité et de Sécurité des soins ne constitue-t-il pas une archéologie de l'Intelligence Artificielle ? Ne sommes-nous pas témoin d'une désubjectivation à l'œuvre lorsque la présence soignante est indexée à des normes certifiées standardisant l'agir, robotisant les soins, entraînant ainsi une disqualification de l'*éthos* ? L'exemple des transmissions normées de type DAR n'en témoigne-t-elle pas ? Face à cette technologie déshumanisante, quel est le chemin éthique qui permettra de renouveler sa présence soignante ? Comment reconstituer l'*éthos* soignant ? Comment redevenir sujet de soi-même ? C'est en se référant aux fondements philosophiques antiques du *souci de soi*, articulés avec la question de Jean Oury « Qu'est-ce que je fous-là ? » que nous proposerons une *éthopoiésis*, une technologie de la constitution de soi-même en sujet de vérité comme outil de résistance éthique face à la robotisation des soins.

Keywords : Presence - Standard - Robotization - Self-Care - Ethics

Abstract : Governance and programming: archeology of AI in the daily nursing. What ethical response to robotization of care?

Based on a Foucaulcan analysis of cyber technologies in hospital governance, we will consider standardization through Quality and Safety as a veridiction regime. By building up the healing truth by a compilation of standardized skills, does the Quality and Safety of Care system not constitute an archeology of Artificial Intelligence? Are we not witnessing a desubjectivation at work when the caregiver presence is indexed to certified norms standardizing the action, robotizing the care, thus leading to a disqualification of the *éthos*? Does not the example of standardized transmissions of the DAR type testify to it? Faced with this dehumanizing technology, what is the ethical path that will renew its caring presence? How to reconstitute the caring *éthos*? How to become again subject of oneself? It is by referring to the ancient philosophical foundations of self-care, articulated with the question of Jean Oury "What am I crazy about? That we will propose an *éthopoiésis*, a technology of the constitution of oneself as a subject of truth as a tool of ethical resistance to the robotization of care.

Introduction¹

Je suis infirmier en psychiatrie au CH de Loches. J'exerce dans un service qui est composé d'un CMP et d'un Hôpital de Jour. L'organisation du travail dans ce service m'invite à *être présent* dans les deux unités alternativement. Cette organisation imaginée par Pierre Claire avec son collègue Farid Fenniche², innove dans le fait que l'équipe couvre l'activité des deux unités sans que celle-ci ne soit divisée. Cela permet de mettre en œuvre une offre de présence plus importante et plus riche en singularité pour l'ensemble des patients.

J'ai été amené à réfléchir sur le thème de la présence dans mon Master de philosophie car j'ai traversé **une crise de présence**. Quand on traverse une crise de présence, on ne sait plus où on est dans le monde ni où on en est soi-même! On ne reconnaît plus le monde dans lequel on vit, dans lequel on existe, dans lequel on pense, dans lequel on soigne. C'est une crise à la fois géographique (Où suis-je ?) et identitaire (Qui suis-je ?).

Pourtant, c'est ce rapport au monde et à nous-même qui nous fait **être** ou pour être plus précis, qui participe à nous constituer en sujet. Quand le monde devient instable, mouvant, notre rapport à celui-ci est lui-même déstabilisé, également mouvant et notre identité l'est tout autant. Un étrange brouillard s'installe en nous-même. Les êtres humains possèdent des qualités propres pour se dé-brouiller à la fois des turbulences du monde et de ces incidences sur l'existence. Lorsque ces qualités viennent à manquer, lorsqu'elles sont partiellement ou totalement défectueuses, cela entraîne des problèmes existentiels qui interrogent la présence au monde et la présence à soi.

Dans les lignes qui vont suivre, nous allons tenter d'articuler les problèmes existentiels des soignants, c'est-à-dire les crises de présence au monde et à soi, qu'entraîne le *New Public Management* en pratique à l'hôpital public depuis une quinzaine d'année. En effet, nous postulons que les technologies de pouvoir cybernétique, c'est-à-dire les différentes techniques de programmation des comportements, sont centrales dans le processus de désubjectivation des soignants. Cette désubjectivation est le nœud douloureux de la crise de présence. C'est en abordant la question de la programmation des comportements, la robotisation des soignants, que nous allons entrer dans un rapport archéologique avec l'Intelligence Artificielle (IA). Cette robotisation s'exerce légitimement dans un modèle managérial qui s'appuie sur une

1 Ce texte est la version écrite d'une communication prononcée lors du colloque annuel des espaces de réflexion éthique régionaux : *Intelligence artificielle en médecine : quels enjeux éthiques ?*, organisé par l'ERERC (Espace de Réflexion Éthique Région Centre-Val de Loire) les 10, 11 et 12 octobre 2018 à Tours.

2 Je profite de cet article pour nommer les deux artisans en soins infirmiers de secteur psychiatrique qui ont, pendant de nombreuses années, œuvré discrètement pour une offre de soin modeste mais réfléchi, dans un secteur rural prédestiné au désert médical. Toute ma reconnaissance et mon amitié à ces deux illustres infirmiers aujourd'hui retraités.

abstraction de l'activité, c'est-à-dire sur des données transformées en nombre.

En ce qui me concerne, étant infirmier du service public en psychiatrie, l'institution me demandait de devenir un agent économique de la santé, indexant mon activité de soin à des objectifs financiers nécessitant une programmation de mes actes, eux-mêmes prédéterminés par des protocoles de soins. Ces actes indexés à des objectifs financiers, je les dénombre ; l'activité dont je rends compte (accountability), entraîne de nouveaux objectifs, de nouveaux protocoles, de nouveaux chiffres, de nouveaux comportements de nouvelles règles de présence. La gouvernance programme ma présence soignante au regard d'une activité économico-financière et non plus au regard d'une souffrance psychique. Le but est de me faire faire des économies. Non seulement je devais faire faire des économies au système, tout en soignant le mieux possible, (c'est la fameuse efficacité) mais je devais le faire très rapidement, à court terme.

Nous évoquons la notion d'injonction paradoxale quand nous parlons des objectifs économiques à réaliser tout en exerçant nos métiers dans les règles de l'art. Mais à ce niveau-là, ce n'est plus de l'injonction paradoxale. Ce qui nous est demandé, c'est une métamorphose. Il y a du Kafka là-dedans. A l'heure où l'on investit des milliards à vouloir doter les robots d'IA, il demeure quelque chose de kafkaïen à vouloir, en même temps, robotiser les soignants car ce qui se joue dans la gouvernance, c'est bien **la programmation des individus**. Le pouvoir cybernétique de la gouvernance programme les individus par l'intermédiaire d'un processus d'abstraction mathématique de son activité, entraînant une abstraction du soignant lui-même. Et si cette programmation n'était que la préparation à l'accueil définitif de l'IA en santé et de ses conséquences dans le prendre soin ? La gouvernamentalité cybernétique n'est-elle qu'une répétition générale de la gestion d'un pool de robots ? Néanmoins, avons-nous des moyens pour nous protéger de cette robotisation ? Pouvons-nous malgré tout, nous constituer encore et toujours en sujet de nous-même, dans nos pratiques soignantes ?

I : La gouvernance hospitalière comme champ d'expérience de la gouvernamentalité cybernétique.

Ma recherche m'a transportée dans un domaine de la philosophie politique et morale incarnée par Michel Foucault. Sa philosophie tente de faire l'histoire des régimes de véridiction, dans le champ large de la gouvernamentalité.

Alors, qu'est-ce qu'un régime de véridiction ? et qu'est-ce que la gouvernamentalité ?

Le régime de véridiction, qui peut très bien s'appeler « dispositif » chez Michel Foucault, est un ensemble polymorphe de discours, d'institutions, de régimes de pouvoir, de constructions architecturales, d'organisations hiérarchiques, de lois ou de règlements intérieurs, liés à des techniques, ayant la

capacité de dire à l'individu celui qu'il doit être. Le dispositif est une organisation savante qui aura le pouvoir d'édifier le dire-vrai de nous-mêmes. Il va dire la vérité de l'individu en l'assujettissant au regard d'une norme. Un régime de véridiction est une machine à normer. À la fois, ça norme. Et ça normalise. Et c'est pour le bon ordre de marche de toute organisation sociale comme celle du travail, celle de l'école, celle de la circulation des personnes et des biens, celle des conduites concernant l'alimentation, la sexualité, etc. Les régimes de véridiction, ce sont des instances de standardisations bienveillantes qui norment les corps et normalisent le vivant. Elles sont un investissement sur la vie.³ Et elles sont bienveillantes car ce qui les soutient, ce sont des politiques de sécurisation et d'amélioration de la qualité de vie. Qualité et Sécurité, sont les appuis de la normalisation, les moteurs de la vérité, du savoir et du pouvoir. Rapidement, nous allons voir que le projet normalisateur de l'hôpital, qui gouverne les soignants et qu'on nous sert via la Qualité et la Sécurité, répond aux mêmes tactiques que les régimes de véridiction disciplinaires ou sécuritaires que Michel Foucault décrit dans son œuvre.

Mais quand Michel Foucault construit son objet d'étude philosophique autour de ce qu'il appelle la liaison entre vérité/sujet/pouvoir, il s'interroge sur cette prédisposition humaine à vouloir gouverner. Cette prédisposition, il la nomme **la gouvernementalité**. Avec ce vocable, il détermine toute activité qui vise à conduire la conduite des hommes ; du bon père de famille, en passant par le berger le pasteur, l'Église, l'État, les Princes, mais aussi les médecins, les cadres de santé et autres managers. Toutes ces expériences de gouvernementalité utilisent ou inventent leurs technologies de pouvoir dans le but d'obtenir une forme quasi idéale de normalisation. Ces technologies portent sur le corps ou sur la vie en générale (l'éducation, la sexualité, l'économie, la

3 FOUCAULT (Michel), *Histoire de la sexualité I, La volonté de savoir*, Paris, Tel Gallimard, 1994 (1976), pp.182-185 : « Concrètement, ce pouvoir sur la vie s'est développé depuis le XVII^e siècle sous deux formes principales ; elles ne sont pas antithétiques ; elles constituent plutôt deux pôles de développement reliés par tout un faisceau intermédiaire de relations. L'un des pôles, le premier, semble-t-il, à s'être formé, a été centré sur le corps comme machine : son dressage, la majoration de ses aptitudes, l'extorsion de ses forces, la croissance parallèle de son utilité et de sa docilité, son intégration à des systèmes de contrôle efficaces et économiques, tout cela a été assuré par des procédures de pouvoir qui caractérisent les *disciplines : anatomo-politique du corps humain*. Le second qui s'est formé un peu plus tard, vers le milieu du XVIII^e siècle, est centré sur le corps-espèce, sur le corps traversé par la mécanique du vivant et servant de support aux processus biologiques : la prolifération, les naissances, et la mortalité, le niveau de santé, la durée de vie, la longévité avec toutes les conditions qui peuvent les faire varier ; leur prise en charge s'opère par toute une série d'interventions et de *contrôles régulateurs : une biopolitique de la population*. Les disciplines du corps et les régulations de la population constituent les deux pôles autour desquels s'est déployée l'organisation du pouvoir sur la vie. La mise en place au cours de l'âge classique de cette grande technologie à double face – anatomique et biologique, individualisante et spécifiante, tournée vers les performances du corps et regardant vers les processus de la vie – caractérise un pouvoir dont la plus haute fonction désormais n'est peut-être plus de tuer mais d'investir la vie de part en part. »

santé, le langage). Nous pourrions définir la normalisation comme la prescription d'une liaison standard du sujet et de la vérité. Le pouvoir fait la norme et dit la vérité du sujet au regard de cette norme. Dans ce que Michel Foucault appelle **l'art de gouverner**, le pouvoir se constitue avec des technologies du dire-vrai en s'appuyant sur un savoir.⁴

Exemple de technologies :

- Les statistiques ont été et restent une technologie servant au savoir de l'État. Avec celles-ci, il a connaissance des régularités des comportements ou des opinions de la population. Les normes et la vérité de nous-mêmes découlent de ses régularités.
- La surveillance est une des technologies des institutions disciplinaires (école, prison, caserne, hôpital, police, etc.). Elle permet de connaître la vérité des comportements humains *in situ* et de confronter les individus avec eux-mêmes.
- L'évaluation est la technique disciplinaire qui dit le vrai et le faux de l'individu avant de le corriger.
- Les techniques d'aveux sont une technologie servant dans l'Église, notamment avec la confession ou en psychiatrie quand l'aliéniste recherchait l'aveu de folie de la part du fou lui-même. La liaison pouvoir, sujet et vérité est toujours présente.

La gouvernementalité et avec elle, les techniques de gouvernement ont toujours évolué avec les progrès technologiques. La machine a été un modèle pour la mise en ordre des individus ou des groupes, en vue de rendre efficacement juste la conduite des conduites. L'horloge en est le symbole.

Les technologies disciplinaires ont rendu les corps dociles écrivait Michel Foucault dans *Surveiller et Punir*⁵. Ces corps ont été décomposés membre par membre afin d'optimiser le moindre geste, afin de le rendre le plus précis possible, le plus sûr aussi (car il ne faut pas oublier qu'un geste précis est un arrêt maladie en moins). La discipline s'indexe à deux notions omniprésentes dans les discours qui sont la *sécurité* et la *qualité*. D'ailleurs, pour des raisons de sécurité et de qualité, aujourd'hui, les robots ont remplacé ces corps mécanisés dans les usines.

Avec l'apparition de la cybernétique, les techniques de gouvernement prennent une tournure différente. Lorsque le pouvoir disciplinaire

4 Michel Foucault développe son concept de *gouvernementalité* à partir du cours au Collège de France de 1977, *Sécurité, Territoire, Population*. Il le prolonge en 1978 dans son cours intitulé *Naissance de la biopolitique*.

5 « La discipline fabrique ainsi des corps soumis et exercés, des corps « dociles ». La discipline majore les forces du corps (en termes économiques d'utilité) et diminue ces mêmes forces (en termes politiques d'obéissance). D'un mot : elle dissocie le pouvoir du corps ; elle en fait d'une part une « aptitude », une « capacité » qu'elle cherche à augmenter ; et elle inverse d'autre part l'énergie, la puissance qui pourrait en résulter, et elle en fait un rapport de sujétion stricte. », FOUCAULT (Michel), *Surveiller et punir*, Paris, Tel Gallimard, 1993 (1975), p.162.

décompose les corps et les gestes pour une garantie sécuritaire et qualitative, la cybernétique va décomposer les activités pour mieux la programmer. La discipline recherche le geste parfait tandis que la cybernétique recherche l'acte pur. C'est cet acte pur qui deviendra la donnée. C'est-à-dire que la donnée est le combustible nécessaire à la technologie cybernétique. Pour que le processus soit actif puis efficient, il lui faut une quantité de données absolument dantesque, infinie. Le principe de la cyber-organisation est de décomposer l'activité en actes. Ceci n'est pas nouveau. Cela fait quelques années que nous ne parlons plus de soins infirmiers mais d'actes infirmiers, primitivement indexés à une cotation financière. Le terme acte est déjà une première distanciation par rapport au cœur de métier. Un acte infirmier, cela peut être beaucoup de choses à la fois. Il y a une généralisation par le terme d'acte. Du terme soin, nous sommes passés à l'acte. Première abstraction. Et ce processus d'abstraction est justement ce qui caractérise la cybernétique puisque nous assistons à une numérisation des métiers par le simple fait de transformer les gestes en actes. Car une fois la décomposition effectuée, l'acte devient une entité insécable qui peut être comptabilisée. À ce moment-là, l'acte devient une donnée par l'intermédiaire d'un codage. C'est la deuxième abstraction. Celle qui métamorphose.

Le métier en tant qu'activité de soins devient une abstraction mathématique. Et c'est cet objet mathématique abstrait qui va devenir l'élément sur lequel va s'appuyer le cyber-management. La conduite de nos conduites va s'appuyer sur une représentation chiffrée d'une activité dont la complexité est absente. Ce processus d'abstraction va se décliner pour toutes les activités, en prenant des formes diverses mais toujours indexées à la compilation numérique. C'est ce qu'Alain Supiot appelle *La gouvernance par les nombres*⁶. Pour imaginer ce processus d'abstraction, Alain Supiot parle de la transformation du territoire en carte : « Rabattre le jugement sur le calcul conduit à se couper progressivement de la complexité du réel, autrement dit à substituer la carte au territoire. »⁷

Cette abstraction permet aux dirigeants de gouverner à distance, simplement en injectant des données chiffrées dans un programme algorithmique qui proposera des graphiques ou des camemberts et qui les amèneront à comparer des scores. La gouvernamentalité qui se nourrit de cette abstraction entraîne une perte de lien entre les dirigeants et les dirigés et une perte de sens entre les acteurs d'une activité et les objectifs liés à cette activité, orchestrant une véritable fiction, comme le souligne Béatrice Hibou dans son ouvrage *La bureaucratie du monde à l'ère néolibérale* : « Le processus d'abstraction et de catégorisation est si poussé et si généralisé qu'il fait perdre le sens des opérations mentales qui le guident et tend à

assimiler le codage et la formalisation à la réalité. C'est ce qui explique en grande partie le sentiment de dépossession et de perte de sens... Et c'est ce qui m'incite à parler de l'abstraction bureaucratique comme fiction de la réalité. »⁸

Mais est-ce que le planisphère définit le monde ? Est-ce que le codage dit la vérité du soignant ? L'activité hospitalière se réduit-elle au PMSI ?

J'évoquais le mot *acte* à l'instant, mais le mot *score* est partout dans nos quotidiens de soignants ; pour la douleur, l'anxiété, le risque suicidaire, etc. Il est également omniprésent dans le processus d'accréditation des établissements. L'accréditation, c'est la normalisation des établissements de santé par la technologie cybernétique. Chaque processus de certification est le résultat d'une opération algorithmique qui donne un score. C'est ce score qui sera compilé et ramené à une moyenne nationale qui fera que votre établissement sera accrédité ou pas. Ce score ne correspond à rien d'autres qu'à un respect d'une procédure formelle qui ne dit rien de la qualité d'une œuvre ou de quelqu'un. Cette abstraction de la qualité constitue une dépropriation du sujet. D'un but existentiel (améliorer sa manière d'être au monde), nous en faisons un objectif chiffré qui ne prend pas en considération le sujet mais un certain nombre d'indicateurs.⁹

Partout, nous créons des actes qui se transforment en données qui alimentent des indicateurs qui produisent des scores qui disent la vérité de nous-mêmes via la Qualité et la Sécurité !!! Dans le processus de cybernétisation, il est impératif de coder et de tracer les actes. C'est cela qui nous lie avec la vérité de notre activité, donc de nous-mêmes. Si vous ne codez pas, si vous ne tracez pas, vous n'existez pas. Voilà le lien avec Foucault et ses régimes de véridiction. La programmation cybernétique partage le vrai et le faux de nos métiers, de nos conduites et de nous-mêmes par des technologies de codage et de traçage. Et tout ceci dans un lien d'allégeance financière comme l'écrit Alain Supiot car le dispositif vous donne des finances et une assurance uniquement si vous lui fournissez des données.¹⁰ Et attention à vous si vous ne codez pas car vous êtes informatiquement surveillés : ce que j'appelle le panoptisme 2.0¹¹

8 HIBOU (Béatrice), *La bureaucratie du monde à l'ère néolibérale*, Paris, Éditions La Découverte, 2012, p.23.

9 « La qualité n'est pas la caractéristique principale de quelqu'un ou de quelque chose, la meilleure manière d'être ou d'agir ; elle n'est pas la prise en compte d'un résultat. Elle n'est que la validation du respect d'une norme, c'est-à-dire de la présence de procédures et de dispositifs formels. », *Ibid.*, p.99.

10 SUPIOT (Alain), *op.cit.*, § 14, *La structure des liens d'allégeance*, p.386.

11 Jérémie Bentham, philosophe utilitariste anglais du XVIIIe siècle avait imaginé un bâtiment circulaire composé de cellule ajourée accueillant des détenus, au centre duquel se dressait une tour centrale dans laquelle se pratiquait une surveillance totale du détenu en question. Michel Foucault a fait du Panopticon de Bentham, le symbole architectural de la surveillance disciplinaire réduisant l'individu au statut d'objet. Ce qu'il a appelé le panoptisme dans son livre *Surveiller et punir*. Avec l'apparition de

6 SUPIOT (Alain), *La gouvernance par les nombres*, Nantes, Éditions Fayard, 2015.

7 *Ibid.*, p.250, § *Les impasses de la gouvernance par les nombres*.

II : Les conséquences sur l'individu : de la programmation à la désubjectivation.

Quels sont les liens avec l'IA ? La cybernétique est une pratique de la programmation. À mesure que les données viennent enrichir le logiciel, le programme se précise. La justesse de la programmation s'affine jusqu'à devenir quasiment une intelligence. Certains auteurs, tel que Gérard Klein¹², pense qu'utiliser le terme *intelligence* est un peu abusé. Il faudrait parler de *compétence*. Alors, il nous apparaît quelque chose d'intéressant à soulever qui est qu'à mesure que notre métier de soignant évolue, il n'est plus attendu de notre part une certaine forme d'intelligence pouvant alimenter des capacités d'adaptation à des situations complexes. On nous demande des compétences. Voyez les étudiants infirmiers arriver dans les services pour leurs stages : viennent-ils apprendre un métier ? Bien sûr ! Comment ? En validant des compétences. Vous les observez avec des gros classeurs remplis de validation de compétences. Et bien l'IA, c'est ça. C'est une machine pleine de compétences. Dans une organisation cybernétique, il faut être compétent, pas intelligent. Être compétent, c'est répondre le plus rapidement possible à un programme. Ce programme, on pourrait l'appeler protocole. Le protocole, il est nourri par une quantité de données le rendant juste et fiable pour des malades normés et il est mis en fonctionnement par des soignants compétents et normalisés. Ça fonctionne comme des algorithmes. On veut donner de l'intelligence aux robots pour aider la médecine, et on robotise l'intelligence des soignants.

Prenez en exemple les transmissions ciblées : le DAR. Données, Actions, Résultats. Nous sommes dans un processus de communication codée. C'est de la communication directe. C'est du code. C'est-à-dire que le langage est utilisé uniquement dans sa fonction de communication. Le langage est lui aussi transformé en algorithme. Tout

l'outil informatique et l'identification numérique de chaque agent, doublée d'une obligation de traçabilité (dans un souci de responsabilité, de quantification de l'activité et de politique de Qualité), le soignant se retrouve dans la position du détenu du Panopticon. Ses moindres faits et gestes sont surveillés, et s'ils ne le sont pas, le sentiment d'être surveillé est constant.

12 KLEIN (Gérard), « Une nouvelle page se tourne », in *Voyage au cœur de l'IA*, Hors-série publié conjointement par Libération et France Inter, décembre 2017/Février 2018 : « Pour ma part, et je n'ai pas convaincu mon ami Ganascia [Chercheur en intelligence artificielle au LIP6 (Laboratoire Informatique de Paris-VI), Président du comité d'éthique du CNRS, membre de l'Institut Universitaire de France], j'aurais préféré qu'on retienne le terme de « compétences artificielles ». En effet, jouer aux échecs et au go (et battre les meilleurs joueurs humains), traduire ou trier des données, reconnaître un visage, et autres exploits des programmes les plus récents, relèvent de compétences très spécialisées qui ne sont généralement pas transposables en dehors de leur domaine d'application et qui n'ont rien à voir avec l'intelligence humaine, certes limitée mais indéfiniment adaptable... Nous ne savons strictement rien du fonctionnement de l'intelligence humaine. Les machines peuvent tout au plus simuler, avec efficacité, quelques fonctions périphériques. Cela ne signifie pas que notre cerveau n'est pas, d'une certaine manière et d'un point de vue matérialiste, une machine algorithmique. Mais sa complexité est telle qu'elle défie toute reproduction électronique. »

est algorithmisé oserai-je écrire. L'algorithme est devenu le modèle dominant de l'intelligibilité. Il suffit d'écouter Stanislas Dehaene parler de pédagogie et il nous explique que les algorithmes du cerveau sont formidables¹³ et que les enfants sont des super ordinateurs¹⁴. À partir du moment où l'analyse de la complexité s'effectue par le filtre de la machine algorithmique, il est légitime de fabriquer des outils adaptés à ce filtre.

Que se passe-t-il avec la communication par le DAR ? La sécurité revendiquée et recherchée met à l'index une fonction du langage qui est celle de constituer le petit d'homme en sujet. Le langage a une fonction de structuration du sujet et de métabolisation du réel, c'est-à-dire la transformation du réel en un monde. Pour cela, il va utiliser la métaphore. En instituant le DAR, en forçant son application, nous mettons au placard ces fonctions métaphoriques propres aux êtres humains. Le code produit de la signification tandis que le langage produit du sens. Le code donne de la signification aux faits, au sens d'une efficacité pragmatique, comme le souligne Alain Séguy-Duclot dans son *Éthique*¹⁵, alors que le langage donne du sens aux vies et le sens, comme le souligne Jean Oury « permet de vivre »¹⁶. L'usage du code n'est pas propre à l'humanité. Il existe du côté des animaux et du côté des machines cybernétiques. En pratiquant le DAR, nous déshumanisons. Nous robotisons les transmissions. La signification est de l'ordre de la compétence tandis que le sens est de l'ordre de l'intelligence comme le souligne Jean Oury : « L'intelligence, c'est bien la capacité de pouvoir faire des détours, ce n'est pas d'aller en ligne droite – ça, n'importe quel robot peut le faire – c'est tourner autour des choses, à condition de ne pas s'égarer, d'avoir un but, c'est-à-dire de rester dans le sens. Le sens, c'est le détour, et la signification, c'est la ligne directe. C'est une autre façon de dire que la signification, c'est bien cerclé, bien défini, bien délimité, alors que le sens, ça n'en finit jamais... S'il n'y a pas de détours, il n'y a pas

13 « S'il fallait créer une nouvelle école, ce serait une école dans laquelle on prendrait plus au sérieux le point de départ des enfants, c'est-à-dire les compétences qu'ils ont dans le domaine des nombres ou du langage. On serait capable d'enrichir la stimulation qui est fournie à l'enfant. On sait que l'algorithme d'apprentissage qui est présent dans nos cerveaux dans les petites années, dans les jeunes années, est extraordinairement puissant. Malheureusement, on sait aussi, alors que les années passent, en particulier les années de la puberté, que cet algorithme va baisser en capacité, surtout pour les langues. Il y a matière, là, à réfléchir à ce que notre école pourrait être si elle était mieux adaptée au cerveau de l'enfant. », France Culture, émission Les chemins de la philosophie, en septembre 2017.

14 « Ne sous-estimons pas les enfants, c'est sans doute le thème principal de mon livre [*Apprendre ! Les talents du cerveau, le défi des machines*], aux Éditions Odile Jacob. Ce sont des super-ordinateurs, donnons-leur les données dont ils ont besoin. », *La Tribune* du 22 octobre 2018, *Nos enfants sont des super ordinateurs*, Stanislas Dehaene, Collège de France, propos recueillis par Isabelle Boucq.

15 SEGUY-DUCLOT (Alain), *Éthique*, Hildesheim, Éditions Olms, 2014, p.28. « Le terme de *signification* est souvent utilisé comme un équivalent du *sens* ou de la *désignation*. Nous le réservons à un usage pragmatique et non sémantique : par *signification*, nous entendons l'efficace pragmatique du message. »

16 OURY (Jean), *Le Collectif, Séminaire de Saint-Anne*, Nîmes, Éditions Champ Social, 2005 (1986), p.126.

moyen de retrouver le sens. Alors si on commence à noter le travail qu'on fait suivant le temps qu'on y passe, sans tenir compte de ce qui « compte » !... Parce que ce n'est justement pas « le temps », mais la qualité du temps, et la capacité de faire des détours qui comptent ! Mais ça, ça ne se passe pas dans la technocratie habituelle. En réalité, je suis pour une technocratie surfine ; mais ça n'existe pas. Ce serait une technocratie qui pourrait tracer *des détours spécifiques pour chacun.*¹⁷

Mais la perte de sens est formidable de Qualité et de Sécurité car, pour une situation singulière (saillante comme on dit dans le langage DAR), si la technique est connue et respectée, n'importe quel soignant aura la même transmission. Compétent pour le DAR, la même cible sera retenue par tous, les mêmes données seront relevées, les mêmes actions seront appliquées et les résultats seront les mêmes. Et ceci est notablement un progrès puisque l'uniformité est un signe de qualité. La règle normative de sécurité, c'est celle qui dit que chaque soignant doit être interchangeable à tout moment au cas où il arriverait un incident qui éloignerait notablement l'agent du soin. Grâce au DAR et sa traçabilité, n'importe quel autre soignant peut reprendre les soins où le précédent les a laissés grâce à cette technologie de communication. Quel progrès énorme pour la continuité des soins ! Et en même temps quelle horreur pour notre identité ! Nous sommes devenus des répliques d'un modèle déposé !!!

Il existe dans ce processus de standardisation des pratiques une dépropriation de nous-mêmes. Nous ne sommes plus nous-mêmes car **nous sommes tous les mêmes** !!! C'est la fin définitive de l'altérité. Or, le sujet, c'est l'individu confronté à l'autre. C'est-à-dire au différent, au divers. Sans cela, nous ne sommes qu'objets. Voilà un exemple de désubjectivation en place et à l'œuvre. La programmation, c'est une vérité sans altérité. Le robot ne se construit pas avec l'autre mais avec la compilation de données. La vérité n'est pas dans l'altérité, elle est dans le nombre.

Or, la confrontation de l'individu à l'autre va ouvrir la voie à des pratiques de constitution de soi-même. C'est ce qui va permettre de se constituer soi-même en sujet, de construire sa manière d'être. C'est le chemin de l'Éthique. La programmation, cette objectivation finale de l'individu sans subjectivation possible, c'est la mort de l'éthos ! C'est ça l'archéologie de l'IA. C'est la mort de l'éthos.

III : Quels outils philosophiques possibles pour une reconstitution de l'éthos soignant ?

Le processus de robotisation s'inscrit dans une démarche de normalisation des soins par la Qualité et la Sécurité. Comme nous l'avons vu, le prix à payer est élevé. La cyber-organisation institutionnalise des procédures de travail, des règles de bonnes pratiques, qui déshumanisent les soins par la

désubjectivation d'une des activités les plus archaïques de l'espèce humaine voire de l'espèce animal, qui est celle de **prendre soin**. Comment répondre à cette difficulté majeure avant que les soignants ne deviennent tous les robots de demain ?

Il me semble que nous avons une responsabilité éthique envers nous-même et envers les personnes qui nous confient, à travers leur état de santé pathologique, une part d'eux-mêmes. Cette responsabilité éthique, nous pourrions la réduire à la notion de présence. En paraphrasant Jean Oury, nous pourrions dire avec lui que **la présence, c'est « la moindre des politesses ! »**¹⁸

Autrement dit, le mouvement cybernétique générale ancré dans la normalisation par la Qualité et la Sécurité nous désubjectivise en nous éloignant d'une certaine forme de présence, qui est la présence à nous-même. Dans la programmation, il n'y a pas de présence à soi puisqu'il n'y a pas de soi. Être présent à soi, c'est une forme d'exercice de concentration sur l'essentiel, au sens d'un retour à l'essence de soi. C'est peut-être dans une redéfinition permanente de cet essentiel que nous pouvons nous constituer en sujet éthique, c'est-à-dire en définissant nous-même notre manière d'être présent. Cette constitution de soi-même est une résistance à la programmation.

Lorsque Michel Foucault prolonge ses recherches sur la liaison sujet/vérité, il va réinscrire son mouvement de pensée dans le concept du **souci de soi**.¹⁹ Foucault va étudier l'ensemble des doctrines philosophiques antiques et il va nous dire qu'à partir du *Souci de soi* socratique va s'ouvrir un champ complet de la pratique philosophique qui est celle de l'éthique.²⁰ Comment être ? C'est à partir du *souci de soi* que la philosophie va fabriquer des outils pratiques à la constitution de soi-même. Comment se constituer soi-même en sujet éthique malgré tout ?

Le *souci de soi* est à la fois un concept et une pratique spécifique du philosophe. Cette pratique philosophique, que Pierre Hadot appelle les exercices spirituels²¹, il me semble que nous pouvons les réhabiliter, précisément au moment même où la gouvernementalité cybernétique nous dit que nous n'avons que faire de votre *éthos*, ce qui compte, c'est votre compétence à produire des actes normalisés et sécurisés. Cette pratique des anciens consiste à doter les individus d'un certain équipement : ils l'appelaient la *paraskeuê*. Cet équipement servait à

18 « Pour qu'il y ait du simple, cela nécessite déjà tout un appareillage logique, et en particulier, ..., il faut pratiquer la réduction phénoménologique, la mise entre parenthèses. Je dis souvent que, lorsqu'on reçoit quelqu'un, la moindre des politesses, c'est de mettre entre parenthèses tout ce qui vous préoccupe, pratiquer l'*epochè*. » OURY (Jean) et FAUGERAS (Patrick), *Préalables à toute clinique des psychoses*, Toulouse, Éditions Erès, 2016 (2013), p.38.

19 Notamment à partir du cours au Collège de France de 1981-1982, intitulé *L'Herméneutique du sujet*.

20 Cela concernera les développements des cours au Collège de France de 1883 et 1984 intitulés *Le gouvernement de soi et des autres* et *Le gouvernement de soi et des autres II – Le courage de la vérité*.

21 HADOT (Pierre), *Exercices spirituels et philosophie antique*, Paris, Albin Michel, 2002.

17 *Ibid.*, pp.155-156.

se construire en sujet sur la voie de la sagesse en liant le sujet à la vérité par l'utilisation des *topoi*. Les *topoi* sont les sentences philosophiques qu'il est bon d'avoir sous la main au moment où la vie nécessite de s'y référer. Marc Aurèle, Sénèque ou Plutarque en usent dans leur direction de conscience et systématiquement pour eux-mêmes.²² La présence à soi de ces *topoi* dans le langage, le *logos*, lie le sujet à la vérité pour une action droite.²³ Nous percevons ici les enjeux d'une telle activité de subjectivation de l'individu par lui-même, qui ne se soumet à aucun texte fondateur, prescripteur de conduites, ni à aucun discours d'évidence produit par un système de véridiction qui ne se soucie pas du mode d'être du sujet, de son *éthos*, mais de la programmation de l'individu dans le monde réglé de la rentabilité.

Les *exercices spirituels* qui permettent à l'individu de s'équiper (*paraskeuê*) consistent en des pratiques de conversion, de transformation de soi à soi. Il s'agit de méthodes de critique de soi-même qui permettent de retourner son regard sur sa propre existence, de faire des bilans de son action, de se poser des questions essentielles qu'il faut se répéter jour après jour. Il s'agit d'une pratique de l'examen de conscience. Il s'agit de techniques d'écriture de soi. Des techniques de répétition de sentences philosophiques qui font autorité dans la conduite juste et bonne en toute circonstance. Il s'agit d'avoir le courage de dire sa vérité.

Conclusion

Donnons-nous un exemple de mise en œuvre de la constitution de son *éthos* soignant en guise de conclusion. Chaque matin en enfilant sa blouse blanche, afin d'éviter l'imposture de l'absence à soi, il nous faut nous poser la question de Jean Oury²⁴ : « Qu'est-ce que je fous-là ? »²⁵ Utilisons cette question comme un *topoi* que nous gardons à disposition, *sous la main*. Cet exercice est l'attitude philosophique essentielle chez les stoïciens comme Marc Aurèle, Épictète ou Sénèque comme l'écrit Pierre Hadot dans son précieux article sur les exercices spirituels antiques : « C'est une vigilance et une présence d'esprit continue, une conscience de soi toujours éveillée, une tension constante de l'esprit. Grâce à elle, le philosophe sait et veut pleinement ce qu'il fait. Grâce à cette vigilance d'esprit, la règle de vie fondamentale, c'est-à-dire la distinction entre ce qui dépend de nous et ce qui ne dépend pas de nous, est toujours sous la main

22 Par exemple, Marc Aurèle dans ses *Pensées pour moi-même*, ou bien Sénèque dans ses *Lettres à Lucilius* et Plutarque dans ses *Œuvres Morales*.

23 « La *paraskeuê*, c'est la structure de transformation permanente des discours vrais, bien ancrés dans le sujet, en principe de comportements moralement recevables. La *paraskeuê* encore, c'est l'élément de transformation du *logos* en *éthos*. »

24 Psychiatre et psychanalyste (1924-2014), directeur historique de la clinique de La Borde à Cour-Cheverny dans le Loir et Cher. Il a été un praticien et un théoricien de la psychothérapie institutionnelle.

25 OURY (Jean), *L'homme et sa folie*, conférence à Nantes datant du 7 mai 1977, retranscrite et publiée in *Onze heures du soir à La Borde*, Paris, Éditions Galilée, 1980.

(*procheiron*). Il est essentiel au stoïcisme (comme d'ailleurs à l'épicurisme) de fournir à ses adeptes un principe fondamental, extrêmement simple et clair, formulable en quelques mots, précisément pour que ce principe puisse rester facilement à l'esprit et soit applicable avec la sûreté et la constance d'un réflexe... »²⁶

En posant cette question, nous allons mobiliser deux concepts anciens qui serviront à faire la distinction entre ce qui dépend de nous, en tant que soignant, et ce qui ne dépend pas de nous.²⁷ Ce sont l'*epochè* et la *prosochè*.

L'*epochè*, c'est la réduction. Celle-ci va éloigner les turbulences du monde dont nous n'avons que faire. Qu'est-ce que je fous là ici et maintenant ? En posant cette question, je me réapproprie mon espace existentiel en tant que sujet qui soigne. Je me rapproche de l'essentiel en énonçant la vérité de moi-même. Je me concentre sur ma présence à la fois dans l'espace et dans le temps. C'est cette *Être-là* qui va inscrire ma présence dans l'espace et la temporalité de moi-même et du patient. Lorsque Jean Oury dit que la présence, c'est la *moindre des politesses*, il dit qu'il faut *être présent dans le paysage du patient*.²⁸ Cela veut dire que nous ne pouvons pas être-là parce que le protocole nous prescrit d'y être. Nous ne pouvons pas être-là parce que le compteur du PMSI accuse un déficit par rapport au trimestre précédent. L'*epochè* est un exercice qui permet de se retrouver en accord avec soi-même parce qu'elle permet d'énoncer un dire-vrai de soi-même qui nous constitue en sujet.

La *prosochè*, c'est l'idée de vigilance à soi. Se poser la question d'Oury tous les matins, c'est porter son attention sur soi, avoir le souci de soi et ainsi mieux considérer le monde et les autres. L'attention à soi assure une protection face à des enjeux qui nous dépassent. Cela redéfinit naturellement son périmètre d'action. En se le justifiant à soi-même, on procède à une constitution de soi. En répétant jour après jour l'exercice, on procède à son renforcement, à son affirmation ou sa transformation mais on évite la désobjectivation aujourd'hui à l'œuvre dans nos hôpitaux. Pour Jean Oury, cet exercice de vigilance à soi fonctionne comme une *juridiction transcendantale* que l'on se donne.²⁹

Ces pratiques philosophiques que Pierre Hadot et Michel Foucault appellent l'*askêsis*, l'ascèse, il faut les opposer aux technologies de la programmation. Dans l'*askêsis*, l'individu va faire la liaison lui-même entre la vérité et soi. C'est ce processus qui va le constituer en sujet. Dire la vérité

26 HADOT (Pierre), op. cit., pp.26-27.

27 La formule est d'Épictète. Elle ouvre le premier livre des *Entretiens*. Le premier chapitre s'intitule *Des choses qui dépendent de nous et de celles qui n'en dépendent pas*, page 5, dans l'édition Les Belles Lettres, traduction Joseph Souilhé, Paris, 1975.

28 « ... être dans le même paysage, ou pratiquer l'*epochè*, mettre en suspens ce qui nous occupe pour être disponible », OURY (Jean) et FAUGERAS (Patrick), *Préalable à toute clinique des psychoses*, § Les concepts comme relation clinique continuée, op. cit., p.56.

29 OURY (Jean), *Le Collectif. Le séminaire de Sainte-Anne*, op. cit., p.34.

de soi-même, ce n'est pas avoir une position d'acceptation ou de soumission à la norme véridictionnelle du dispositif cybernétique. C'est y résister. En opposant la vérité de soi-même à la programmation cybernétique, nous proposons une poche de résistance à la robotisation des soins.

L'**éthopoiésis**, c'est-à-dire la constitution de soi-même en sujet éthique est une technologie de résistance.³⁰

³⁰ Cette thématique est développée dans mon mémoire de Master II de philosophie intitulé : *La fonction éthopoiétique du souci de soi : résistance et liberté dans l'art du soin*, sous la direction de Juliette Grange, soutenu à l'Université de Tours en juin 2018.

Bibliographie

DEHAENNE (Stanislas), *Nos enfants sont des super-ordinateurs*, *La Tribune* du 22 octobre 2018, propos recueillis par Isabelle Boucq. URL : <https://www.latribune.fr/technos-medias/nos-enfants-sont-des-super-ordinateurs-stanislas-dehaene-794655.html>

ÉPICTÈTE, *Entretiens Livre I*, Paris, Éditions Les Belles Lettres, traduction Joseph Souilhé, 1975.

FOUCAULT (Michel), *Histoire de la sexualité I, La volonté de savoir*, Paris, Tel Gallimard, 1994 (1976).

FOUCAULT (Michel), *Surveiller et punir*, Tel Gallimard, Paris, 1993 (1975).

FOUCAULT (Michel), *Sécurité, Territoire, Population*, Éditions EHESS-Gallimard-Seuil, Paris, 2004.

FOUCAULT (Michel), *Naissance de la biopolitique*, Éditions EHESS-Gallimard-Seuil, Paris, 2004.

FOUCAULT (Michel), *L'Herméneutique du sujet*, EHESS-Gallimard-Seuil, Paris, 2001.

FOUCAULT (Michel), *Le gouvernement de soi et des autres*, EHESS-Gallimard-Seuil, Paris, 2008.

FOUCAULT (Michel), *Le gouvernement de soi et des autres II – Le courage de la vérité*, EHESS-Gallimard-Seuil, Paris, 2009.

HADOT (Pierre), *Exercices spirituels et philosophie antique*, Paris, Albin Michel, 2002.

HIBOU (Béatrice), *La bureaucratie du monde à l'ère néolibérale*, Paris, Éditions La Découverte, 2012.

KLEIN (Gérard), « Une nouvelle page se tourne », in *Voyage au cœur de l'IA*, Hors-série coédité par Libération et France Inter, décembre 2017/Février 2018.

MARC AURÈLE, *Pensées pour moi-même* suivies du *Manuel d'Épictète*, GF-Flammarion, traduction Mario Meunier, Paris, 1992 (1964).

OURY (Jean), *Le Collectif, Le séminaire de Sainte-Anne*, Nîmes, Éditions Champ Social, 2005 (1986).

OURY (Jean), *Onze heures du soir à La Borde*, Paris, Éditions Galilée, 1980.

OURY (Jean) et FAUGERAS (Patrick), *Préalable à toute clinique des psychoses*, Toulouse, Éditions Erès, 2016 (2013).

PLUTARQUE, *Œuvres Morales*, tome VII, première partie, Traités 27-36, Les Belles Lettres, traduction Jean Dumortier et Jean Défradas, Paris, 1975.

SÉGUY-DUCLOT (Alain), *Éthique*, Hildesheim, Éditions Olms, 2014.

SÉNÈQUE, *Lettres à Lucilius*, Éditions GF-Flammarion, traduction Marie-Ange Jourdan-Gueyer, Paris, 2017 (1992).

SUPIOT (Alain), *La gouvernance par les nombres*, Nantes, Éditions Fayard, 2015.

Titre : Peut-on appliquer le principe « d'intérêt supérieur » aux personnes dites vulnérables ?

Catherine TOURRETTE, Professeur honoraire en psychologie de l'enfant, Université de Poitiers.

Mots clés : Intérêt supérieur de l'enfant – Vulnérabilité – Autonomie – Principes éthiques

Résumé : Peut-on appliquer le principe « d'intérêt supérieur » aux personnes dites vulnérables ?

Une notion centrale dans la Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant (1989) est « l'intérêt supérieur de l'enfant » qui a un objectif clair de protection de l'enfant tout en l'associant aux décisions qui le concernent. Ce principe d'intérêt supérieur peut-il être étendu à toutes les personnes considérées comme vulnérables ? Si oui est-il en accord avec les principes fondateurs de l'éthique : la bienfaisance, la non-malfaisance, l'autonomie et la justice ?

Keywords : Best interests of child – Vulnerability – Autonomy – Ethical principles

Abstract : Can the principle of "best interest" be applied to vulnerable people?

A key concept in the United Nations Convention on the Rights of the Child (1989) is "the best interests of the child", whose aim is to protect the child while involving him or her in all decisions that affect him or her. Can this right be extended to all persons considered as vulnerable ? If so, is it consistent with the ethical principles of beneficence, non-maleficence, autonomy and justice ?

« L'intérêt supérieur de l'enfant » est une notion centrale dans la Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant (1989). Elle a un objectif clair de protection de l'enfant tout en l'associant aux décisions qui le concernent. L'inscription dans la loi de cette notion est une étape capitale dans la reconnaissance et l'application de ce droit fondamental. Les enfants sont considérés comme des personnes vulnérables à protéger. Ce droit peut-il être étendu à toutes les personnes considérées comme vulnérables ? Doit-il l'être et pourquoi ?

I LA PRISE EN COMPTE DE L'INTÉRÊT SUPÉRIEUR DE L'ENFANT AU CŒUR DE LA CONVENTION INTERNATIONALE RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT (CIDE)

La Convention relative aux Droits de l'Enfant¹ qui concerne tous les enfants mineurs repose sur quatre principes fondamentaux :

- Le principe de non-discrimination selon les conditions de naissance ni selon la situation personnelle ou familiale des enfants (art. 2)
- Le droit à la vie, la survie et au développement (art.6)
- Le respect de l'opinion de l'enfant (art.12)
- Et la primauté de « l'intérêt supérieur de l'enfant » dans toutes les décisions qui les concernent (art. 3). Cette notion est dès lors considérée comme prééminente dans l'ensemble des droits concernant les enfants.

Nous allons nous appuyer sur les deux articles 3 et 12 qui nous semblent pertinents et intéressants à appliquer aux personnes vulnérables.

1.1 L'article 3 : « l'intérêt supérieur » de l'enfant

L'article 3.1 de la CIDE est ainsi rédigé : « Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale ». Donc toute décision concernant un ou des enfants doit tenir pleinement compte de « l'intérêt supérieur » de ce (ces) enfant(s). Notons que ce concept central apparaît dans plusieurs autres articles de la Convention, confirmant sa primauté, et que la rédaction de l'article stipule que c'est « une » considération primordiale et non « la » seule, laissant la porte ouverte à la prise en considération simultanée d'autres considérations, selon les cultures locales. Il est évident que ce concept de « supérieur » doit être compris comme étant « primordial ».

Grâce à cet article central de la Convention, la prise en considération de l'intérêt supérieur de l'enfant, étendu à toutes les situations le concernant, s'impose au niveau législatif dans la rédaction de tout texte juridique, dans les institutions publiques

¹ Par exemple <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>

comme dans les institutions privées de protection sociale de tous les États parties. Rappelons d'une part que par sa qualité de norme internationale, la CIDE a une valeur supra-légale qui doit conduire à une évolution législative des pays l'ayant ratifié et que d'autre part le Comité des droits de l'enfant des Nations-Unies exerce un contrôle sur le respect de cette Convention par les différents États parties. Cependant, l'absence de définition précise de ce concept d'intérêt supérieur peut donner lieu à des interprétations subjectives éventuellement contradictoires. Par exemple lors de conflits familiaux, il peut y avoir contradiction entre le droit pour l'enfant de voir ses deux parents et le droit d'être protégé des mauvais traitements (dans les cas de violences intrafamiliales). Notons aussi que ce qu'on considère à un moment donné comme étant l'intérêt supérieur de l'enfant évolue évidemment dans le temps selon l'âge de l'enfant et selon son contexte de vie. Il doit donc être réexaminé régulièrement.

1.2 L'article 12 : Le droit d'exprimer librement son opinion pour toute décision le concernant

L'article 3 qui accorde une place centrale à l'intérêt supérieur de l'enfant ne peut être dissocié des autres articles de cette convention et en particulier de l'article 12 relatif au droit de l'enfant d'exprimer son opinion quant aux décisions qui le concernent. Cette opinion devant être « prise en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité ». Il est bien entendu qu'on n'attribue pas à l'enfant un pouvoir décisionnel mais en exprimant son opinion il va éclairer les adultes décideurs sur sa perception du problème. En effet, ce sont généralement les magistrats qui définissent eux-mêmes ce qui est dans l'intérêt (supposé) de l'enfant. Il peut y avoir ainsi conflit entre la logique de la protection des personnes (les professionnels décident eux-mêmes ce qui est dans l'intérêt de l'enfant, considérée alors comme *objet* du droit) et la logique de la promotion et du droit des enfants (le droit à l'auto-détermination où il est considéré comme *sujet* du droit).

Ainsi, prendre en compte l'intérêt supérieur de l'enfant peut être considéré comme un principe général qui constitue un guide pour l'analyse des situations et qui pose une exigence procédurale : l'obligation pour les décideurs de vérifier avant toute prise de décisions concernant un ou des enfants que la solution proposée est bien en accord avec l'intérêt supérieur de cet (ces) enfant(s) (art. 3), et à condition de l'avoir au préalable entendu (art. 12). Ce guide procédural a aussi un potentiel politique puisqu'il peut/doit être pris en compte dans le développement des politiques publiques concernant la protection des enfants. C'est donc dans cet esprit que nous allons aborder son applicabilité aux personnes dites « vulnérables ».

II LES PERSONNES VULNÉRABLES ET LEUR PROTECTION

2.1 Qu'est-ce qu'une personne vulnérable ?

Nous pouvons considérer les personnes dites vulnérables à l'aune des personnes physiques auxquelles s'adresse le droit. Le sujet de droit est une personne qui est « capable », c'est-à-dire selon le code civil qui est libre de ses actes et responsable de ses actes. Le droit reconnaît deux catégories de personnes vulnérables : les enfants mineurs et les personnes qui bénéficient d'une mesure de protection juridique. Dans un avis très documenté sur le consentement des personnes vulnérables, la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH, 2015) montre l'évolution actuelle de la notion de vulnérabilité sous-jacente à celle d'incapacité invoquée dans le code civil qui conduisait à des mesures de protection importantes. Peuvent maintenant être considérées comme vulnérables des personnes « qui ne sont pas en mesure d'exercer suffisamment correctement leurs droits et liberté du fait de leur situation pathologique ou de handicap ou de leur âge ou de leurs conditions économiques d'existence » (2015, p.8). Cet élargissement de la notion de vulnérabilité est corrélatif d'une diversification des dispositifs de protection. L'état de vulnérabilité qui n'est que potentiel n'impose pas de déposséder la personne de ses capacités à décider de ses choix de vie. Il nécessite par contre une vigilance accrue pour préserver ce que nous pourrions appeler « l'intérêt supérieur de la personne » par analogie avec cette notion de droit international concernant les enfants. Et, bien sûr, une personne dite « vulnérable » peut ne l'être qu'à un moment particulier de sa vie (ex : enfant, femme enceinte, malade). Il serait donc préférable d'utiliser le terme « personne en situation de vulnérabilité », pour souligner que cette difficulté potentielle naît d'une rencontre entre une personne à un certain moment de sa vie et son contexte de vie à ce moment-là.

2.2 La protection des personnes vulnérables

La prise de conscience de la nécessité de protéger les personnes considérées comme vulnérables, même non désignées en tant que telles, apparaît corrélativement dans l'évolution des textes législatifs et réglementaires, soit directement par des textes consacrés à leur protection, soit dans l'encadrement de leur consentement. Les textes relatifs à cette protection relèvent selon les cas du droit pénal ou du droit civil, du droit de l'aide et de l'action sociale (Code de l'action sociale et des familles), du droit médical (code de la santé publique). Plusieurs fois modifiés, ils apparaissent parfois contradictoires dans leur analyse et dans leur application.

2.2.1 Dans le domaine juridique

Le code civil énonce que : « toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts, en raison d'une altération, médicalement constatée, soit

de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique prévue au présent chapitre » (art. 425 C). Les dispositifs de protection se sont diversifiés en même temps que s'élargissait la catégorie des personnes à protéger. Ainsi, le récent rapport interministériel sur la protection juridique des personnes les plus vulnérables (Caron-Dégliose, 2018) demande une évolution des dispositifs de protection et formule un ensemble de propositions concrètes autour de plusieurs axes principaux comme : la création d'un cadre juridique cohérent, la construction d'un accompagnement individualisé, l'amélioration de la réponse judiciaire par une meilleure individualisation des mesures et la priorité donnée au soutien effectif des droits de ces personnes. Il se réfère au rapport du groupe de travail « droit et éthique de la protection de la personne » du comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées du 4 mars 2015 qui avait émis des suggestions relatives à la place du droit dans une visée sociale de préservation de l'autonomie des personnes vulnérables. Dans cette perspective le rapport insiste sur la nécessité de se référer à un principe général d'information de la personne, considérée comme pierre angulaire de la mesure de protection, et d'améliorer l'accompagnement des personnes vulnérables. Ce rapport insiste sur la nécessité de mettre en œuvre une vraie politique publique qui ne doit pas se restreindre au seul domaine de la protection judiciaire. Elle « doit être affirmée en ce qu'elle constitue un maillon essentiel du contrat social dans une société inclusive » (ibid. p.105).

2.2.2 Dans le domaine médical

Dans la filiation du Code de Nuremberg (1947), la déclaration d'Helsinki de l'Association Médicale Mondiale (AMM) fixe les principes applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains. Elle accorde une attention particulière aux personnes vulnérables qui doivent bénéficier d'une protection adaptée et dont la participation aux recherches est conditionnée par l'intérêt que représente cette recherche pour ce groupe de personnes. On peut se référer au rapport Belmont (1979, USA, 2008 trad. française) qui a posé 3 principes éthiques fondamentaux pour la protection des sujets humains dans la recherche : respect de la personne, bienfaisance et justice. On peut également consulter les textes de référence pour la protection des personnes dans le domaine médical du Code Civil (C.Civ) et du Code de la santé Publique (CSP) qui prévaut sur le Code Civil², et de façon simplifiée au guide co-édité par l'AP-HP et l'UNAPEI en 2007 qui en donne une vue synthétique.

² Ces deux codes actualisés à des dates différentes ne semblent pas toujours en accord (cf CCDH, 2015)

Rappelons que les personnes qui peuvent être considérées comme vulnérables ne sont pas toutes sous protection judiciaire. C'est le cas fréquent des personnes âgées qui ne font l'objet d'aucune mesure de protection juridique même si leurs compétences sont affaiblies.

2.3 Information et consentement des personnes vulnérables

Le consentement d'une personne majeure, en pleine possession de ses moyens, ne pose pas de véritable problème et engage cette personne. On considère qu'un consentement est « libre et éclairé », s'il est exprimé hors de toute contrainte et après une information préalable. La notion de consentement telle qu'elle figure dans les textes applicables n'est pas satisfaisante quand il s'agit de personnes dont les capacités cognitives sont altérées, sujettes à fluctuations et évolutives, comme chez les personnes atteintes maladies neurologiques dégénératives. Il convient donc de tenir compte de leur capacité de discernement c'est-à-dire de leur capacité à comprendre l'information qui lui est donnée (et les conséquences qui pourront résulter du choix qui lui est proposé) et de leur capacité à exprimer un choix. Les situations qui impliquent de faire des choix sont généralement complexes et génératrices de tensions : entre ce qui est souhaité et ce qui est possible, entre des désirs et des intérêts. Les auteurs de l'avis rendu par l'Espace national de réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer (2012) estiment nécessaire de ne plus se référer exclusivement à la notion de consentement et de reconnaître « l'importance éthique et la pertinence juridique de l'assentiment aux aides et aux soins ». L'assentiment permet de donner tout son sens et l'importance nécessaire à l'avis de la personne actuellement dans l'incapacité d'émettre un consentement pleinement libre et éclairé, mais toujours apte à participer à la prise de décision, en le renforçant par une évaluation collégiale destinée à remplacer le malade au cœur de l'accompagnement » (2012, p.12). Ils évoquent aussi l'intérêt de développer des outils d'évaluation des capacités décisionnelles de ces personnes vulnérables.

Dans les préconisations de la CNCDH sur le consentement des personnes vulnérables (2015) est affirmée la nécessité de faire évoluer les pratiques des professionnels pour garantir un consentement le plus éclairé possible. Celui-ci doit être précédé d'un temps d'information de la personne et de son entourage sur les possibilités existantes, leurs possibilités de mise en œuvre et leurs conséquences. Cela implique « que soient introduites des démarches éthiques pour que les décisions soient prises dans l'intérêt de la personne vulnérable et non par la stricte application des aspects juridiques et réglementaires » (2015, p.12). Elle suggère de mettre en place un accompagnement en amont de la décision, avec une procédure spécifique de réception du consentement des personnes vulnérables qui

permettrait l'explicitation des points de vue de chacune des personnes concernées, y compris lorsque la personne vulnérable est confuse. Celle-ci doit être actrice du processus et partie prenante dans la recherche d'une solution. Cette recherche de consentement mutuel peut se faire de façon progressive, mais surtout être actualisée régulièrement, renégociable, voire réversible.

III PORTÉE ET LIMITE DU PRINCIPE D'INTÉRÊT SUPÉRIEUR POUR LES PERSONNES VULNÉRABLES

3.1 L'intérêt de ce principe pour les personnes vulnérables : quels objectifs ?

Quel intérêt présente notre proposition ? Le principe d'une protection spécifique des personnes dites vulnérables semble acquis depuis de nombreuses années, cependant il prend des formes diverses selon les institutions qui s'en préoccupent. Les dispositifs législatifs de protection des personnes qualifiées de vulnérables se multiplient en se diversifiant. Néanmoins, il nous semble que comme dans le cas particulier des enfants mineurs, il serait utile de disposer d'un texte réglementaire surordonné qui affirmerait ce principe d'intérêt supérieur signifiant l'obligation juridique de considérer prioritairement l'intérêt de la personne concernée lors d'une discussion devant conduire à une prise de décision, à laquelle elle devrait être obligatoirement associée sous une forme correspondant à ses capacités. Il s'agit donc d'un impératif de protection d'une personne, inscrit dans le droit, et qui s'appliquerait à tous dans toute situation, en plaçant la personne concernée au centre de la décision.

Cependant, l'objectif de généraliser le principe d'intérêt supérieur aux personnes vulnérables ne va pas de soi car les termes de l'énoncé de ce principe et sa légitimité doivent auparavant être questionnés.

3.2 Les limites inhérentes aux notions

3.2.1 La notion d'intérêt supérieur

Si la notion d'intérêt supérieur telle qu'elle a été énoncé dans la CIDE semble au premier abord aller de soi, on a vu d'une part qu'il pouvait y avoir dans certaines situations des contradictions entre plusieurs articles de cette même convention (ex : art.3 et art. 9) et d'autre part que certaines interprétations pouvaient aller paradoxalement à l'encontre de l'objectif prioritaire de protection des intérêts de l'enfant.

L'intérêt supérieur de la personne dite vulnérable semble au premier abord aller également de soi, mais nous sommes obligés de questionner le concept d'intérêt : intérêt de qui ? Pour qui ? À court terme ? À long terme ? L'intérêt d'une personne âgée est-il toujours compatible avec celui de son entourage (famille, personnel soignant, institution) ? N'ont-ils pas des intérêts divergents voire contradictoires ? Par exemple la personne doit-elle

rester chez elle ou entrer dans un établissement adapté ? « C'est dans son intérêt » entend-on parfois comme justification d'un choix qui n'en n'a pas été un, ou équivalent « c'est pour son bien ».

3.2.2 La notion de vulnérabilité

Pour fluctuant qu'il soit selon les cadres de référence et avec le temps, ce concept doit néanmoins être questionné à la lumière d'une réflexion éthique. Qui est vulnérable ? Qui juge de la vulnérabilité d'une personne ? Selon quels critères ? La vulnérabilité n'est pas un état permanent qui pourrait caractériser une personne, mais un état potentiel dans une situation donnée et qui peut concerner des personnes plus ou moins susceptibles de le devenir du fait de leur situation ou conditions de vie. Nous sommes tous potentiellement vulnérables ne serait-ce que parce que la vulnérabilité fait partie de notre humanité : seuls les héros ou sur-hommes sont invulnérables, mais pas les hommes.

3.3 Le concept d'intérêt supérieur de la personne vulnérable est-il en accord avec les principes fondateurs de l'éthique ?

Toute décision doit se prendre après réflexion et délibération qui doivent éclairer les choix possibles. Pour organiser ou canaliser cette réflexion, on peut se référer aux principes de base qui correspondent à des valeurs régulatrices de la vie sociale, et partagées, semble-t-il, par toutes les sociétés humaines³. Cela n'implique pas qu'on doive se conformer à la lettre à chacun de ces principes éthiques mais qu'ils doivent servir de guide à la réflexion et être interrogés, même au risque de mise en conflits de ces principes. La prise en compte de l'intérêt supérieur des personnes vulnérables dans toute décision qui les concerne est-elle cohérente avec les principes éthiques fondamentaux : la bienfaisance, la non-malfaisance, l'autonomie et la justice, en sachant que ce ne sont pas les seuls principes d'éthique auxquels il est utiles de se référer (comme la confidentialité, la non divulgation, le consentement éclairé, ..) et qu'ils procèdent tous d'un fondement commun qui est le respect de la dignité humaine. Lors d'une réflexion éthique ces quatre principes, qu'on ne peut hiérarchiser dans l'absolu, doivent être examinés simultanément de façon à prendre toute la mesure du problème. Ils peuvent entrer en conflit les uns avec les autres et, chaque cas étant particulier (la personne concernée, la situation, ..) l'un des principes peut occasionnellement prendre le pas sur un autre.

3.3.1 Le principe de Bienfaisance

Le principe de bienfaisance pose que tout acte doit avoir pour objet le bien de celui à qui il est destiné.

³ Le sommet mondial des Comités nationaux d'éthique en 2008 a été l'occasion de confirmer leur référence commune aux valeurs fondamentales formalisées dans les 4 principes de base thématiques initialement par Beauchamp et Childress (1979)

Encore faut-il lever l'ambiguïté sur ce qu'on entend par le « bien » de la personne : qui l'apprécie ? Le dispensateur de soins ou la personne qui en est l'objet ? S'accordent-ils sur ce « bien » ? Ce qui est bien pour l'un peut-il ne pas être bien pour l'autre ? On ne peut prétendre faire le bien d'autrui contre son gré. Le principe de bienfaisance, qui relève de la sollicitude (prendre soin d'autrui), doit donc se conjuguer avec le principe d'autonomie qui implique de laisser le patient librement décider. Ce droit des patients à l'autodétermination est clairement énoncé dans les lois Kouchner de 2002 et Léonetti et Claeys de 2016, mais peut simultanément entrer en contradiction avec les valeurs des professionnels soucieux de leur devoir d'assistance et de soins. La tension entre ces deux principes d'autonomie et de bienfaisance peut être l'occasion d'une réflexion éthique propre à la situation donnée.

3.3.2 Le principe de Non-malfaisance

Ce principe impose de ne pas infliger de préjudice intentionnellement. Pour évidente que soit cette maxime, elle doit se composer avec le principe précédent : les soins n'étant pas totalement « inoffensifs », il faut veiller à ne pas faire du mal tout en en faisant... Il s'agit donc de mettre en rapport les bénéfices et les inconvénients. Les bénéfices d'un traitement pour le patient doivent être supérieurs à ses effets négatifs, même en tenant compte du principe de double effet selon lequel il peut être éthique de faire du mal en vue d'un but positif. En ce sens, le principe de non malfaisance n'est pas l'exact opposé du précédent : ne pas faire du mal ce n'est pas équivalent à faire du bien. Le respect de ce principe est loin d'être éthiquement suffisant s'il ne s'accompagne pas simultanément des principes de bienfaisance et de respect de l'autonomie, donc de la dignité de la personne.

3.3.3 Le principe d'Autonomie

C'est la faculté d'agir par soi-même en se donnant ses propres règles de conduite, sa propre loi (auto = soi-même et nomos = la loi). Pour Beauchamp et Childress (2008, p.92) qui ont formalisé ces principes communs d'éthique « deux conditions sont essentielles à l'autonomie : la liberté, comme indépendance vis-à-vis des influences extérieures, l'action possible comme capacité à agir intentionnellement ». Comment concilier le respect de l'autonomie de la personne et l'impératif de protection ? Faut-il donner priorité à l'autonomie du sujet (et donc à son autodétermination) ou bien à sa dignité ? L'autodétermination peut être dans cette optique disqualifiée si elle porte atteinte à l'intégrité de soi ou à la dignité humaine. Le Comité Consultatif national d'éthique dans son avis sur le refus de traitement et autonomie de la personne (2005) a distingué trois niveaux de complexité croissante :

- Une autonomie d'action (mobilité physique)
- Une autonomie de pensée qui correspond au « pouvoir de conduire une argumentation cohérente

et réfléchi » (comprendre les informations médicales et exercer son esprit critique). Si cette autonomie de pensée fait défaut le discernement est altéré (même si l'autonomie d'action est préservée).

- Une autonomie de *volonté* qui peut s'entendre soit comme auto-limitation (capacité à se soumettre à ses propres lois, à suivre sa raison), soit comme auto-détermination (souveraineté individuelle).

Dans son acception d'autolimitation, elle renvoie à la capacité kantienne du sujet de se soumettre à ses propres lois. Sa volonté est libre car elle n'est plus soumise aux déterminismes des instincts, du corps et de la nature. L'homme agit avec raison et n'obéit qu'aux lois qu'il établit lui-même. Doté d'autonomie, il a une dignité intrinsèque, ontologique, et absolue c'est-à-dire non déclinable en degrés et non liée à son état de conscience ou de cognition. Prise dans le sens de souveraineté individuelle⁴, elle consiste « dans la possibilité d'avoir des préférences singulières et de se déterminer en fonction d'une conception du bien dont il appartient à chacun de déterminer librement le contenu » (CCNE, 2005, p.24) et donc le médecin doit respecter les libres choix du patient, même s'ils sont estimés contraires à la raison. Dans cette acception, si un médecin constate qu'un patient exprime un refus de soins et qu'il n'a été l'objet d'aucune pression externe, il peut considérer ce refus de soins comme l'expression de l'autonomie du patient qui doit être respectée. Cette conception de l'autonomie prémunit contre le risque d'une dérive paternaliste qui conduirait le soignant à passer outre le refus du malade en prétextant que c'est dans son intérêt.

On oppose souvent la dépendance à l'autonomie, elle-même assimilée à l'indépendance, et souligne Le Coz (2009), c'est la tension entre ces deux principes qui fait naître les cas de conscience éthiques. Dans le cas des personnes vulnérables (les personnes âgées par exemple) on observe souvent un effet de halo à partir d'une dépendance fonctionnelle qu'on étend à l'ensemble des compétences de la personne en lui déniait simultanément une volonté propre, voire même des désirs, oblitérant toute capacité d'autonomie. Cette présomption d'incompétence peut conduire à tout décider à la place du patient, en contradiction totale avec le principe de bienfaisance. Tannier (2005) considère que « l'altération de la conscience est le paradigme de la vulnérabilité : lorsque la conscience se déstructure ou disparaît, autonomie, liberté et peut-être même dignité sont particulièrement exposées à être niées ou altérées » (2005, p.195). Il propose d'élargir la notion d'autonomie au-delà de l'autonomie rationnelle par la prise en compte des désirs et préférences de la personne dont la cognition est partiellement altérée, grâce à une écoute bienveillante. Il est utile de rappeler que la bienfaisance s'accompagne d'émotions et de compassion qui, selon Le Coz (2009) peuvent

4 Cette conception non kantienne renvoie à la position utilitariste de Stuart Mill : l'individu est souverain sur lui-même, son corps et son esprit.

pondérer les excès auxquels peut conduire la sacralisation du principe d'autonomie. Retrouver la place des émotions dans les décisions, dit Le Coz (2009) c'est replacer l'homme dans son contexte.

3.3.4 Le principe de Justice

Kant a fondé la justice sur la dignité de la personne humaine. Pour lui, la justice est un devoir (ce qui est juste pour l'un doit être juste pour l'autre) et pour l'accomplir chaque sujet moral doit se référer à sa conscience, à son « for intérieur », qui renvoie lui-même à la maxime dérivée de l'impératif catégorique : « agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre toujours en même temps comme une fin et jamais simplement comme un moyen » (Kant, 1785, Fondement de la métaphysique des mœurs 2^{ème} section). Seules les actions conformes à cet impératif catégorique (qui s'impose de lui-même) seront morales.

En dépit d'un système de santé assez performant, il demeure dans notre société des inégalités dans l'accès aux soins et au suivi des personnes, qu'il s'agisse d'une inégalité dans l'offre de soins (inégaie répartition des structures dans les territoires) ou d'une inégalité d'accès liée aux conditions de vie et au niveau d'information. Ces inégalités touchent particulièrement les personnes en situation de vulnérabilité. Or, le principe de justice (distributive) en santé impose de donner ses soins de manière équitable. Il renvoie selon les cas soit à l'égalité entre les patients (des patients dans des situations semblables doivent avoir accès aux mêmes soins), soit à l'équité (à chacun selon ses besoins). Mais les ressources dont on dispose sont limitées, il va donc falloir faire des choix dans lesquels le principe de justice peut entrer en conflit avec le principe de bienfaisance et le principe d'autonomie.

Il ne faut pas considérer ces principes fondamentaux de l'éthique comme des normes coercitives mais comme un cadre réflexif et méthodologique qui aide à la résolution des conflits des valeurs lorsqu'elles s'opposent. Si, dans une situation ces principes entrent en conflit les uns avec les autres, ils ne disent pas la décision, ne dictent pas de solution mais régulent la discussion : comment par exemple se mettre d'accord pour les hiérarchiser dans une situation de dilemme. Nous rejoignons Le Coz (2009) lorsqu'il dit que cette situation de délibération et collégialité ajoute les sentiments et les émotions à la rationalité. Sans émotion dit-il il n'y aurait pas d'éthique car ce sont elles qui nous font reconnaître les valeurs auxquelles nous tenons.

IV POUR UNE ÉTHIQUE DE LA VULNÉRABILITÉ : VULNÉRABILITÉ, SOLLICITUDE ET DIGNITÉ

4.1 La vulnérabilité : une remise en cause de l'autonomie comme valeur éthique essentielle

La référence presque sacrée au principe d'autonomie en éthique médicale trouve ses limites dans son

application à la réalité. Si l'autonomie est prise dans son sens kantien de soumission à la raison, qu'advient-il lorsque la raison faiblit ? Ces personnes seraient-elles exclues de l'univers des sujets moraux lorsqu'ils perdent leur dignité en même temps que la liberté de la volonté ? Ce n'est pas le cas si on considère la loi morale et l'autonomie de la volonté enracinées non pas dans la faculté de raison mais dans les seuls principes a priori de la raison pure c'est-à-dire intrinsèquement liées à la personne humaine. Tannier (2015) pense qu'admettre une autonomie qui ne serait fondée que sur la raison et son universalité, c'est « risquer de refuser au sujet l'expression de ses valeurs, mais aussi celles de ses désirs, préférences, intérêts, dont la réalisation constitue pourtant un des fondements d'une autonomie plus réaliste centrée sur la vie quotidienne » (2015, p.206). Pour lui si le désir constitue la dernière manifestation de la conscience et de la subjectivité, respecter la dignité et l'autonomie de cette personne peut se faire par le respect de ses désirs. L'expérience des personnes dont la conscience est très dégradée le conduit vers une approche plus pragmatique de l'autonomie qui comporterait des degrés corrélatifs de la perte progressive des capacités de pensée. Cette approche suppose d'aller chercher quelles sont les capacités, ou mieux les « *capabilités* » (selon les termes de Svandra, 2007) restantes de la personne pour répondre à ses valeurs et à ses désirs. Puisque le désir contribue à donner un sens à l'existence, il doit être entendu comme une manifestation de l'autonomie du sujet. Tannier développe alors la notion « d'autonomie accompagnée » qui suppose une attitude active de l'entourage à l'écoute des désirs de cette personne. Il rejoint ainsi la conception de Pelluchon pour laquelle l'autonomie du patient doit être considérée à l'aune de ses besoins et de ses désirs. Pelluchon (2012) propose de penser la vulnérabilité d'une personne en fin de vie à la fois comme fragilité (devoir de ne pas l'abandonner) et comme ouverture (à l'altérité de l'autre). Ces deux aspects de la vulnérabilité invitent à penser le soin et l'accompagnement en se centrant simultanément sur les besoins de la personne et sur sa capacité à participer au monde (désir d'être sollicité, de répondre, de s'exprimer). Cette personne vulnérable a besoin de l'autre pour que soit confirmée sa valeur intrinsèque, et de son regard pour attester de sa dignité qui reste intacte, entière, absolue. La dignité n'est plus associée à l'autonomie d'un sujet libre et tout-puissant car le patient offre sa dignité en partage : il doit y avoir offre réciproque de dignité entre patient et soignant.

4.2 Vulnérabilité, dignité et respect

Puisque dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (1948)⁵, « tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués

⁵ Et reprise ensuite dans plusieurs traités ou conventions internationaux

de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité » (art. 1), cela signifie que tout le monde reconnaît la dignité comme l'essence de l'homme, reprise dans les articles concernant le droit à la vie, l'interdiction de la torture et des traitements dégradants. Donc la dignité ce n'est pas quelque chose qu'on a plus ou moins ou qu'on croit perdre, mais c'est une qualité intrinsèque à notre humanité. Puisque la dignité est coextensive à la personne humaine, le respect de la dignité humaine est donc absolu, sans degrés ni partage. Cette dignité impose le respect absolu de la personne. Cependant dans l'acception kantienne il s'agit moins du respect de la vie que du respect de la liberté (comme impératif moral). Hegel⁶ ne réfute pas la position kantienne mais il apporte à la dignité une dimension importante : tant que cette dignité intrinsèque n'est pas reconnue par autrui, elle n'existe pas pleinement. C'est une dignité en puissance. La dignité ne se perd pas car elle est intrinsèque, mais ce qui peut s'altérer c'est le sentiment de dignité. Par le regard qu'autrui porte sur moi ma dignité est altérée, ou au contraire s'actualise ou se réalise. À la notion de dignité dont la dimension universelle est reconnue par tous, s'ajoute le respect de la personne dans sa singularité : reconnaître la dignité d'une personne c'est accorder aussi de la valeur à ce qui la distingue des autres : une personne singulière mais qui simultanément participe de l'universalité humaine. La dignité est-elle donnée parce que nous sommes nés humains ou construite dans les échanges et le respect mutuel ? Pour respecter l'autre il faut l'avoir perçu comme son semblable : « c'est à la sollicitude, soucieuse de l'altérité des personnes, y compris celle des personnes potentielles, que le respect renvoie » (Ricœur, 1990, p.318). Pour lui cette notion renvoie à l'idée que quelque chose est dû à l'être humain du seul fait qu'il est humain, donc toute personne mérite un respect inconditionnel. Pour respecter l'autre il faut l'avoir perçu comme son semblable, c'est à la sollicitude, soucieuse de l'altérité des personnes, que le respect renvoie.

4.3 La vulnérabilité nous appelle à la sollicitude, la réciprocité et la responsabilité

Pour Ricœur, la visée éthique d'une vie bonne doit se faire « avec et pour autrui, dans des institutions justes » (1990, p.202). Elle concerne donc trois entités : le souci de soi (Je), le souci de l'autre (Tu) et le souci de l'institution (Il). La vie bonne est une visée c'est-à-dire ce vers quoi sont orientées toutes nos actions individuelles, en tant qu'elles ont leur fin en elles-mêmes. Mais on n'entre vraiment en éthique que lorsque le souci de soi rencontre le souci de l'autre et qu'à l'estime de soi s'ajoute la sollicitude pour l'autre. Ces deux dimensions sont intimement liées et s'impliquent mutuellement : « le Soi implique l'autre que soi, afin que l'on puisse dire de quelqu'un qu'il s'estime soi-même comme un autre ». Il faut

⁶ Dans « la phénoménologie de l'esprit » (1807)

donc se situer au niveau de l'échange entre ces deux personnes non substituables : « la sollicitude est ce mouvement du soi vers l'autre qui répond par l'interpellation du soi par l'autre » Ricoeur (1992, p.205). La sollicitude ne relève pas du devoir, mais d'une spontanéité bienveillante, où recevoir est égal au donner. A la notion de responsabilité, Ricoeur ajoute celle de réciprocité où « la réciprocité institue l'autre comme mon semblable et moi-même comme le semblable de l'autre » (ibid). L'autre me requiert, dit-il et cette requête engage ma responsabilité éthique. Cette relation à l'autre n'est pas forcément égalitaire comme dans le cas de l'amitié car elle peut être dissymétrique. L'inégalité de puissance peut alors être compensée par une authentique réciprocité dans l'échange.

Pour rendre possible cette sollicitude agissante (avoir du souci pour lui, prendre soin de l'autre) et fonder une forme d'autonomie bienfaitrice garante d'une alliance thérapeutique, Svandra (2007) reprend le concept d'Amartya Sen de « *capabilité* »⁷. Pour ce dernier, les contraintes de pauvreté restreignent les possibilités d'autonomie de la personne dans les situations de la vie quotidienne. Cette perte de pouvoir correspond à une perte de *capabilités*, qui se traduit par la vulnérabilité. Ce qui est central ici c'est moins l'autonomie de la personne (fondée sur une liberté théorique, abstraite) que sa capacité à s'en servir en la transformant en opportunités réelles, c'est-à-dire sa *capabilité*. C'est un pouvoir inhérent à la situation de vulnérabilité. Pour Svandra, si la sollicitude permet de rééquilibrer les relations asymétriques soignant-soigné, c'est parce que le soin peut constituer une aide active pour lutter contre la vulnérabilité en remobilisant les *capabilités* d'une personne qui provisoirement ou définitivement ne les a plus, ou en a moins. Par exemple en élargissant avec sollicitude le champ des possibles, parmi lesquelles le patient sera amené à faire lui-même le choix. C'est donc avec le soutien ou la médiation des autres que chacun peut retrouver une puissance d'action, certes remaniée par son état, qui va contribuer à un nouvel équilibre. Dans cette perspective, loin de s'opposer à l'autonomie, la bienfaisance en est la condition. Ainsi, rappelle Svandra (2009, p.7), si l'autonomie du patient est bien l'objectif, c'est la bienfaisance qui en constitue le moyen. La sollicitude est donc une expérience de reconnaissance mutuelle entre celui qui donne et celui qui reçoit. Au-delà de la relation interpersonnelle particulière, la rencontre avec l'autre nous renvoie à ce qui nous lie les uns aux autres au sein d'une communauté (Svandra, 2015).

N'oublions pas le troisième terme de l'éthique selon Ricoeur : la visée d'une vie bonne dans des institutions justes. Pour lui, les institutions dont il s'agit ici sont des structures de base du vivre ensemble. Il élargit donc la visée éthique au-delà du

face à face. Il s'agit ici d'une référence à une justice distributive donc à une distribution juste et équitable des droits et des devoirs, des responsabilités et des pouvoirs. La justice tend à élargir la réciprocité de la sollicitude à l'ensemble de la vie dans les institutions politiques.

En guise de conclusion..

Revenons à notre question première : la notion d'intérêt supérieur peut-elle être appliquée aux personnes vulnérables ? En premier lieu quel serait son objectif ? Nous avons dit précédemment par référence à la CIDE qu'il serait utile de disposer d'un texte réglementaire surordonné qui affirmerait ce principe d'intérêt supérieur signifiant l'obligation juridique de considérer prioritairement l'intérêt de la personne concernée lors d'une prise de décision, à laquelle elle devrait être obligatoirement associée sous une forme correspondant à ses capacités. Il s'agit donc d'un impératif de protection des personnes, inscrit dans le droit international et qui s'appliquerait à tous dans toute situation, en plaçant la personne concernée au centre de la décision.

Cet objectif est louable, on ne peut s'élever contre. Mais est-ce bien utile ? Il existe actuellement de nombreux textes relatifs à la protection des personnes dites vulnérables dans plusieurs domaines qui devraient suffire. Ces textes sont-ils suffisants, adaptés, satisfaisants ?

On retrouve dans notre proposition les mêmes limites que nous avons évoquées à propos des enfants, en particulier le flou des définitions. Qu'entend-on par personne vulnérable ? Nous avons vu que la vulnérabilité était le propre de l'homme. Dans ce cas, si nous sommes tous concernés, il n'y a pas besoin de loi. Si on ne considère que certains groupes de personnes il y a un risque de stigmatisation de ces personnes dont on accentue la vulnérabilité en soulignant la fragilité et les manques. Qui jugerait de la vulnérabilité d'une personne ? Comment l'appréhender objectivement et selon quels critères ? Par ailleurs, s'accorde-t-on sur la notion d'« intérêt supérieur » ? Le risque de subjectivité là encore est inhérent à la détermination de l'intérêt supérieur d'une personne : s'agit-il de l'intérêt de la personne ou de son entourage ? De son intérêt à court terme ou à plus long terme ? Qui juge de son intérêt ? La personne est-elle en mesure de s'exprimer ? Nous avons noté que le flou conceptuel de cette notion d'intérêt supérieur peut avoir pour conséquence un risque de dérive lorsque cette notion est instrumentalisée pour justifier sans discussion des décisions pouvant aller même à l'encontre de l'objectif de protection, voire même un risque de réification de la personne humaine. Par contre de façon plus positive l'absence de définitions précises et de normes évaluatrices peut laisser aux décideurs une marge de liberté permettant d'apporter des réponses individualisées à chaque cas particulier. A situation équivalente des solutions différentes seront trouvées et il est bon de ne pas

⁷ Ce concept a été proposé par un économiste indien Amartya Sen, prix Nobel d'économie en 1998 dans le cadre du développement économique et social des pays pauvres, pour remettre au premier plan la capacité potentielle d'action de chaque personne.

tout enfermer (codifier) dans le droit pour avoir cette marge de liberté.

Si cette notion était juridiquement reconnue, il faudrait que ces personnes ne soient pas évaluées à partir de ce qu'elles n'ont pas ou n'ont plus mais plutôt à partir de leurs « *capabilités* » et leur mode d'être au monde, en soulignant non seulement leur dignité, mais aussi leur autonomie. Si cette notion était juridiquement reconnue, il faudrait qu'elle le soit dans un cadre juridique surordonné (convention internationale ?) par rapport aux textes législatifs ou réglementaires existants dont on a vu la diversité et les limites. Cette inscription dans un texte surordonné suffirait-elle à la faire respecter ? On sait bien qu'il ne suffit pas que les principes éthiques et juridiques qui structurent nos sociétés démocratiques – les droits de l'homme ou le principe d'égalité de tout homme – soient inscrits dans nos constitutions et nos conventions, encore faut-il que nous y adhérions pleinement.

Néanmoins, bien que le fait d'inscrire dans le droit l'intérêt supérieur de la personne vulnérable n'apporte pas de réponse précise à toutes les situations qui se présenteraient, cette inscription pourrait fournir un cadre régulateur permettant de placer en avant l'intérêt supérieur de cette personne avant toute décision la concernant. Comme le dit Pelluchon (2012, p.44), le rôle de la loi n'est pas de répondre à des questions particulières mais « de fixer un cadre général et, au lieu de se substituer aux personnes, de les responsabiliser ». Encadrer juridiquement ce principe peut servir de garde-fou et mieux, à éclairer les décisions qui doivent être prises dans le respect de la dignité de chacun. Chaque institution ou instance administrative devrait se conformer à ce principe d'intérêt supérieur de la personne vulnérable en se demandant systématiquement s'il est bien respecté. Mais il est peut-être préférable qu'il reste un principe régulateur et non prescripteur, dont il faut retenir plus l'esprit que la lettre.

Nous avons vu que la complexité des notions, la diversité des personnes et des situations faisaient obstacle au cadrage juridique de la notion d'intérêt supérieur des personnes vulnérables et qu'elles donnaient à réfléchir en ce centrant sur le respect de leur dignité. Cette réflexion est une réflexion éthique qui n'impose pas de règles mais incite à changer notre regard. La requête d'une inscription juridique de cette notion participerait d'une éthique déclarative prompte à réclamer lois et règlements, qui s'éloigne, nous dit Gil (2011) d'une éthique pratique, clinique, qui tend à promouvoir une éthique de la relation. La notion d'intérêt supérieur comme principe régulateur dans une démarche éthique s'avère donc utile, mais le danger du principisme nous guette si ce principe est ancré dans la rationalité au détriment de la réalité. La personne en situation de vulnérabilité n'est pas un objet abstrait mais une personne en contexte, avec des représentations et valeurs personnelles, des sentiments et des émotions, et c'est bien sûr une personne en intersolidarité avec les autres

personnes. A la fiction d'un sujet libre il faut opposer l'intersubjectivité qui est intrinsèque à notre humanité.

Contrairement à la loi, l'éthique n'impose pas de règles mais incite à réfléchir, elle peut ensuite inspirer les lois. L'éthique précède le droit, prépare son évolution (Gil 2012). La dimension éthique doit orienter le droit, promouvoir la reconnaissance des situations de vulnérabilité. Elle impose une éthique de l'accompagnement

Comme l'éthique dont elle participe, l'application de la notion d'intérêt supérieur aux personnes en situation de vulnérabilité, oblige donc à se poser des questions sans toutefois apporter des réponses (qui seraient nécessairement ponctuelles et limitées). Elle renvoie aux questions fondamentales réactivées par Pelluchon dans « l'autonomie brisée » (2008) qui rappelle la nécessité d'inscrire la bioéthique dans le champ politique : dans quelle société voulons-nous vivre ? Ce sont là des choix de société, donc des choix politiques. Ce ne sont pas les politiques qui décident des lois car elles doivent être l'émanation d'une réflexion collective. Il revient donc à chacun de s'emparer de ces questions pour que la société évolue en direction des choix qu'elle s'est fixés. Nous rejoignons Gil dans sa revendication d'une éthique citoyenne (Gil, 2018). C'est aussi dans cette direction que s'inscrit notre travail, avec les doutes, les questionnements et les insatisfactions qui sont propres à une conscience délibérante.

Bibliographie

Beauchamps, T. & Childress, J. (2008). *Les principes d'éthique biomédicale*. Traduction française. Paris : les Belles lettres. 1^{ère} édition, 1979.

Caron-Deglise, A. (2018). *Rapport de mission interministérielle : l'évolution de la protection juridique des personnes. Reconnaître, soutenir et protéger les personnes les plus vulnérables*. URL : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_pjm_dacs_rapp.pdf

Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (2015). Avis sur le consentement des personnes vulnérables. *Journal Officiel de la république française* du 10 juillet 2015 n°0158, texte 126.

Comité international de bioéthique de l'Unesco (CIB) (2015). *Le principe du respect de la vulnérabilité humaine et de l'intégrité personnelle*. URL : <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000232368>

Espace national de réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer (2012). Alzheimer, éthique science et société. Avis rendu le 21 septembre 2012. URL : <https://www.espace-ethique.org/ressources/etuderapport/avis-alzheimer-ethique-science-et-societe>

Gil, R. (2011). L'éthique entre comités et loi. *La lettre de l'espace de réflexion éthique*. URL : https://poitiers.espace-ethique-na.fr/obj/original_122359-ethique-entre-comites-et-lois.pdf

Gil, R. (2012). Le consentement, entre raison et émotion, entre autonomie et bienfaisance. *La lettre de l'espace de réflexion éthique*. URL : https://poitiers.espace-ethique-na.fr/obj/original_151704-le-consentement-entre-raison-et-emotion-entre-autonomie-et-bienfaisance.pdf

Gil, R. (2018). *Les grandes questions de bioéthique. Aux XXI^e siècle dans le débat public*. Bordeaux, LEH édition.

Guide de l'AP-HP (2007). *Les personnes vulnérables et domaine médical : quels sont leurs droits ?* téléchargeable : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/guide-de-lap-hp-personnes-vulnerables-et-domaine-medical-quels-sont-leurs-droits/>

Kant, E. (1785). *Fondements de la métaphysique des mœurs*. Paris : Livre de Poche (éd 1993).

Le Coz, P. (2009). Les principes éthiques et les émotions dans la décision médicale. *Médecine thérapeutique Pédiatrie*, 12, 6, 383-390.

Pelluchon, C. (2008). *L'autonomie brisée. Bioéthique et philosophie*. Paris : PUF.

Pelluchon, C. (2012). La vulnérabilité en fin de vie. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 4, 111, 27-46.

Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.

Ricœur, P. (1992). *Lecture 2. La contrée des philosophes*. Paris : Seuil.

Svandra, P. (2007). L'autonomie comme expression des « capacités ». *Éthique et santé*, 4, 2, 74-77.

Svandra, P. (2009). *Relier vulnérabilité et autonomie*. URL : <http://svandra.over-blog.com/article-31707175.html>

Svandra, P. (2015). *Le soin entre sollicitude et responsabilité. Une lecture croisée de Ricoeur et de Lévinas*. URL : <http://svandra.over-blog.com/2015/04/le-soin-entre-sollicitude-et-responsabilite-une-lecture-croisee-de-ricoeur-et-de-levinas.html>

Tannier, C. (2015). *Quand la conscience s'en va : un défi éthique pour les soignants et les proches*. Paris : Seli Arslan.

