



**HAL**  
open science

# ”Le travail des norme” en contexte médical: un enjeu épistémologique, moral et politique

Marie Gaille

► **To cite this version:**

Marie Gaille. ”Le travail des norme” en contexte médical: un enjeu épistémologique, moral et politique. *Revue Tunisienne des Etudes Philosophiques*, 2013. hal-01309046

**HAL Id: hal-01309046**

**<https://hal.science/hal-01309046>**

Submitted on 28 Apr 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Pour citer cet article :

M. Gaille, "Le travail des normes' en contexte médical : un enjeu épistémologique, moral et politique", *Revue Tunisienne des Etudes Philosophiques*, 'Valeurs et Normes', dossier coordonné par T. Cherif, n° 52-53, p. 66-79

**« LE TRAVAIL DES NORMES » EN CONTEXTE MÉDICAL:  
UN ENJEU ÉPISTÉMOLOGIQUE, MORAL ET POLITIQUE<sup>1</sup>**

## **INTRODUCTION**

Sans doute le «sujet » humain ne se constitue-t-il pas de façon intégrale dans l'espace politique, mais cet espace constitue pour lui un cadre déterminant, à travers les droits, les capacités et les capabilités qui lui sont conférés (ou pas), et jusque dans les espaces qu'il laisse vierges de toute intervention juridique.<sup>2</sup> Un «lieu» d'exercice, de déploiement ou de remise en cause du «sujet» tout à fait essentiel est celui des pratiques relatives au corps et à la santé. L'oeuvre de M. Foucault a su mettre en évidence l'importance de la maîtrise et de la discipline des corps et des choix en matière de santé, de vie, de procréation et de mort pour le gouvernement des hommes, notamment à partir du 18ème siècle dans les sociétés occidentales. Le citoyen qu'il invite à envisager est, de façon primordiale, un sujet doté d'un corps, et d'un corps qui, comme le décrit la théoricienne féministe et philosophe politique J. Butler « a toujours une dimension publique » : « constitué comme un phénomène social dans la sphère publique, mon corps est et n'est pas le mien. Offert aux autres depuis la naissance, portant leur empreinte, formé au creuset de la vie sociale, le corps ne devient que plus tard, et avec une certaine incertitude, ce dont je revendique l'appartenance ».<sup>3</sup>

La décision médicale constitue un cadre d'analyse privilégiée pour l'examen des pratiques et des contraintes pesant sur les choix relatifs au corps et à la santé, et des processus de subjectivation à l'oeuvre dans ces pratiques. Cet examen révèle très vite le

---

1 Je voudrais remercier ici les membres de l'École française de Rome, ceux de l'Axe 4 de l'IRIS, et ceux de l'ETHOX Center de l'Université d'Oxford, qui ont bien voulu, en 2012, m'accueillir dans leurs séminaires. Ce texte leur doit beaucoup. J'exprime aussi toute ma reconnaissance et mon admiration à T. Cherif pour poursuivre, dans un contexte historique dense, le travail philosophique.

2 A. Sen, *Commodities and capabilities*, Amsterdam, New York et Oxford, North-Holland, 1985; du même auteur, *L'idée de justice*, tr. de P. Chemla en coll. avec É. Laurent, Paris, Flammarion, impr. 2009.

3 J. Butler, *Defaire le genre*, trad. M. Cervulle, Paris, Editions Amsterdam, 2006 [ire ad. angi. 2004], p. 35.

rôle central que joue, dans les décisions, les « normes ». De façon générale, la notion de norme désigne la règle à suivre, qu'elle soit énoncée comme une prescription juridique, une obligation morale, un fait biologique, une recommandation déontologique ou de « bonne pratique », etc. Mais ses usages sont très variés. Le philosophe français R. Ogien rappelle que le terme de « norme » a été employé et pensé habituellement selon trois sens:

- impératif ou prescriptif: la forme, c'est ce qu'il faut faire ou ne pas faire, ce qui est permis, obligatoire ou interdit.
- appréciatif : la norme, c'est ce qu'il est bien ou correct, mal ou incorrect d'être, de faire, de penser, de ressentir ou d'avoir fait, pensé, senti.
- descriptif : les normes sont les manières d'être, d'agir, de penser, de sentir les plus fréquentes ou les plus répandues dans une population donnée.<sup>4</sup>

Dans sa première acception, celle d'énoncé impératif ou prescriptif, elle apparaît intervenir de façon prépondérante dans la décision médicale, même si d'autres critères jouent également un rôle significatif: diagnostic et pronostic, souhait de la famille, considérations budgétaires relatives au service, à l'institution hospitalière ou aux politiques de santé publique, relations avec les différents services hospitaliers, état de l'équipe, culture de service, problème éventuel de judiciarisation du cas considéré, etc. Sans ignorer ces critères, une enquête philosophique sur les normes, en principe fondée sur des compétences de clarification, de raisonnement dialectique, de développement des arguments dans l'histoire de la pensée,<sup>5</sup> a toutes les raisons d'être : elle est justifiée par l'importance que leur confèrent les acteurs de la décision et par la difficulté qu'il y a à comprendre leur sens, leur fondement et leur rôle.<sup>6</sup>

## **I. UN PARTI-PRIS ANTHROPOLOGIQUE, MORAL ET ÉPISTÉMOLOGIQUE : L'ÉTUDE DES NORMES EN SITUATION**

---

4 R. Ogien, 'Normes et valeurs', in (dir.) M. Canto, *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, Paris, PUF, 1995, p. 1054.

5 Cf. sur ce point M. Charlesworth, 'Bioethics and the limits of philosophy', *Bioethics News*, 1989, Octobre, pp. 9-25.

6 Le travail philosophique de R. Ogien s'en tient également à cette signification et, comme nous le verrons plus tard, à la distinction de la « norme » et de « valeur ». cf. aussi D. Wiggins, *Needs, Values, Truth*, Oxford, Basil Blackwell, 1991, 2ème éd.

Dans la présente contribution, les normes sont envisagées telles qu'elles sont énoncées, discutées et mobilisées par les acteurs engagés dans de telles décisions. Il s'agit là d'un parti-pris anthropologique, moral et épistémologique. À travers la référence implicite ou explicite, assumée ou critique, à ces normes, les individus s'affirment comme sujets, en rupture ou non avec le droit en vigueur, les « bonnes » pratiques ou les moeurs dominantes. Cette conception de la vie humaine fait de la dimension évaluante l'un de ses traits essentiels, sur lequel G. Canguilhem a également insisté, en décrivant la vie humaine comme appréciation et affirmation de valeurs.<sup>7</sup> En contexte de maladie, cette capacité à évaluer son existence et à produire des énoncés prescriptifs se trouve dotée d'une importance cruciale pour des patients confrontés à la souffrance, à la maladie, et parfois à l'horizon d'une mort prochaine.<sup>8</sup>

Ce parti-pris de considérer les normes telles qu'elles sont énoncées, discutées et mobilisées par les acteurs, a également, nous le disions, des implications épistémologiques. Il implique tout d'abord de renoncer à une posture de surplomb, à partir de laquelle le philosophe énonce ce qui doit être. Le travail mené consiste avant tout dans l'identification et la description des normes en circulation dans l'espace social. Il convient également de proposer de ces normes une analyse historique (généalogique) et conceptuelle, sans gommer les incohérences éventuelles de leurs usages au fil du temps.<sup>9</sup> L'évaluation critique de leur rôle dans la décision ne peut venir que dans un second temps.

Dans une telle optique, la prudence interprétative est de mise. La tradition philosophique constitue un outil précieux et indispensable pour analyser ces normes, mais elle oriente le questionnement dans un sens parfois sans rapport avec les usages en cours. Le philosophe M. Hunyad a dénoncé en ce sens les effets délétères d'une tendance

---

7 G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1966.

8 M. Gaille, 'L'expérience du déni de reconnaissance dans la relation médecin/patient: nouvel exemple ou motif d'élargissement pour la théorie de la reconnaissance ?', *Le temps philosophique*, 13, La reconnaissance: perspectives critiques, dir. M. Garrau et A. Le Goff, Université Paris OuestNanterre La Défense, mai 2009, pp. 89-113.

9 M. Dunn, M. Sheehan, T. Hope et M. Parker soulignent aussi cet aspect, et critique la méthode de va-et-vient entre les faits et les arguments, caractéristique de l'application de la méthode rawlsienne de l'équilibre réflexif au champ de la philosophie morale. Une telle méthode, parce qu'elle vise la cohérence argumentative, tend à tordre la réalité qui ne se plie pas si facilement au critère de la cohérence : «Towards methodological innovation in empirical ethics research », *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, Octobre 2012, 21/4, pp. 466-480. C'est un point auquel a prêté attention la sociologie interactionniste et dans son sillage L. Boltanski et L. Thévenot cf. N. Dodier, 'L'espace et le mouvement du sens critique', *Annales*, 2005, 1.

philosophique à parler des acteurs à leur place : « Cette confection par une troisième personne, le 'philosophe', de ce qui devrait rester le point de vue des premières personnes, les acteurs moraux eux-mêmes, est le vice philosophique le plus communément partagé en théorie morale ». <sup>10</sup>

Une telle démarche, qui consiste à s'intéresser philosophiquement à la vie morale des acteurs engagés dans la décision n'est pas isolée à l'heure actuelle. Elle connaît même un développement assez dynamique dans le champ de la philosophie de la médecine. Elle s'inscrit dans les courants de pensées qui se sont, depuis les années 1960, intéressés à des problèmes concrets. Notamment dans le champ anglo-saxon, cela renvoie à des parcours de philosophes qui, dans les années 1960, se sont dits frustrés par la réflexion en méta-éthique et se sont tournés vers des questions dites « appliquées ». <sup>11</sup> À cette histoire récente de la philosophie, s'ajoute l'idée qu'en se tournant vers ces problèmes, en s'engageant à propos des questions qui agitent la cité, le philosophe ne fait que renouer avec l'inspiration socratique. A. Fagot-Largeault parle en ce sens d'une « génération de jeunes philosophes ouverts aux réalités concrètes de la vie qui, avec modestie, s'efforcent de contribuer à formuler mieux, et à résoudre, non pas des problèmes éternels, mais des problèmes d'aujourd'hui » : « On souhaite que le philosophe 'de terrain' fasse école. Socrate après tout, notre maître à philosopher, ruminait ses questions avec les passants, dans les rues d'Athènes ». <sup>12</sup>

Le développement contemporain d'une réflexion sur l'idée d'une éthique empirique dans la bioéthique anglo-saxonne constitue un élément important de ce nouveau paysage. Désignée par l'expression d'« empirical turn », une telle réflexion étudie les effets épistémiques de la combinaison entre le recueil de données empiriques

---

10 M. Hunyadi, *L'homme en contexte - essai de philosophie morale* (Paris, les éditions du cerf, 2012). Avant-propos disponible sur internet : <http://www.markhunyadi.netl>. Mon travail sur la valeur de la vie a souligné la différence entre l'interrogation socratique sur la vie bonne, à bien des égards constitutive de la tradition philosophique, et l'interrogation des patients et des équipes médicales sur le seuil de la vie vivable (*La valeur de la vie*, Paris, Les Belles Lettres, 2010).

11 Cf. entre autres (éd.) P. Singer, *Applied ethics*, Oxford Readings in philosophy, 1986; (éds.) D. M. Rosenthal, F. Shehad, *Applied ethics and ethical theory in a changing world*, University of Utah Press, Salt-Lake city, 1988. Cf. pour une présentation en français : M. Marzano, *L'éthique appliquée*, Paris, PUF, 2010 (2ème éd.).

12 F. Gzil, *La maladie d'Alzheimer problèmes philosophiques*, Paris, PUF, 2009, Préface de A. Fagot-Largeault, p. ix. C'est le même point que M. Canto avait déjà souligné, in : *La philosophie morale britannique, avec des essais de Bernard Williams, Philippa Foot, David Wiggins*, Paris, PUF, 1994.

et l'analyse philosophique normative.<sup>13</sup> La démarche qui consiste à aborder les questions normatives à travers le recours aux données empiriques avait fait l'objet d'une revendication épistémologique et méthodologique dès la fin des années 1970,<sup>14</sup> lorsque des sociologues comme R. Fox avaient critiqué les écueils d'une réflexion bioéthique qui n'interrogerait pas ses valeurs et ses principes à la lumière de telles données.

En France, la tradition de sociologie morale fondée sur une relecture des œuvres de M. Weber et de É. Durkheim a également nourri la recherche sur les normes énoncées et revendiquées par les acteurs et elle a incité certains philosophes à reformuler leur cadre de réflexion pour mieux tenir compte des pratiques et des discours de ces acteurs.<sup>15</sup> Une telle optique, qui envisage le « fait moral » comme central pour l'étude des sociétés humaines, considère notamment les acteurs à travers les relations qu'ils nouent entre eux et les débats moraux qui les mobilisent. Autrement dit, le sujet moral est un sujet social,<sup>16</sup> et les choix moraux - donc les options normatives - renvoient à des pratiques sociales, à des interactions, à des discours situés, des polémiques. À leur propos, l'enquête est « éthique » au sens où elle se veut « critique » et « démystificatrice ». Le choix est fait de renoncer à une sociologie morale qui serait, de façon explicite ou non, moralisante, au profit d'une analyse qui étudie la vie éthique en un sens wébérien comme élément central pour la compréhension de l'activité sociale. Une telle analyse s'intéresse aux justifications qu'avancent les acteurs pour rendre compte de leurs décisions et de leurs énoncés normatifs.<sup>17</sup> Mais elle ne s'y borne pas, en prêtant attention aussi aux silences, aux rapports de forces qui les sous-tendent, au phénomène d'incapacité à s'exprimer, aux récits faits pour et en place d'autrui, aux ratés et aux

---

13 Cf. le dossier consacré à ce questionnement par le *Cambridge Health Ethics Quarterly* (Octobre 2012, 21/4).

14 M. Parker, *Ethical problems and Genetics Practice*, Cambridge University Press, 2012.

15 Cf. Fr.-A. Isambert, P. Ladrière, J.-P. Terrenoire, 'Pour une sociologie de l'éthique', *Revue française de sociologie*, Xlix, 1978, pp. 323-339; S. Bateman-Novaes, R. Ogien, P. Pharo, *Raison pratique et sociologie de l'éthique, autour des travaux de Paul Ladrière* (Paris, CNRS Communication, 2000); P. Pharo, *Morale et sociologie. Le sens et les valeurs entre nature et culture*. Gallimard, coll. « folio/essais », Paris, 2004 ; Dossier de *L'Année sociologique* : 'Éthique et sociologie : perspectives actuelles de la sociologie morale' (2005).

16 Cet aspect, essentiel à mon travail, comporte une part critique à l'égard d'une philosophie morale qui considère souvent les questions éthiques à l'aune d'un sujet conçu indépendamment de toute relation sociale. J'ai tâché de l'explicitier et de le formaliser pour la première fois en référence avec le travail de N. Elias sur la relation entre psychologie et sociologie, dans *Le désir d'enfant - histoire intime et enjeu politique*, Paris, PUF, 2011.

17 Cf. sur ce point H. Garfinkel, *Studies in ethnomethodology*, Cambridge, Polity Press, 1967. Philosophiquement, ce qu'a inspiré la théorie de l'argumentation à la pensée de Habermas ou Rawls nourrit aussi cet intérêt.

échecs de la communication. Finalement, cette analyse se concentre sur des « zones d'incertitude », des objets sur lesquels les convictions morales se fragmentent, s'opposent, s'effritent.

La démarche présentée ici entretient des affinités avec cette tradition de sociologie morale, plus qu'avec le tournant empirique aujourd'hui mis en avant dans la littérature bioéthique de langue anglaise. Elle a aussi de fortes résonances avec le développement d'une approche ethnographique de la bioéthique. L'idée clé de cette approche est en effet d'incorporer à la méthode de réflexion le souci d'une description « dense » de la signification morale et des réalités dans lesquelles sont engagés les acteurs d'une situation de soin.<sup>18</sup> Elle repose sur la conviction que les expériences situées sont morales à part entière, et ce de façon intersubjective : les acteurs mobilisent les principes, les normes, les valeurs dans leurs interactions. Le philosophe doit prêter une attention particulière à la manière dont les acteurs de la situation médicale, soignants, patients, familles, font l'expérience des enjeux moraux de cette situation, les formulent. Ce qui compte, dans une telle optique, c'est aussi la signification morale accordée à la situation par ses protagonistes.<sup>19</sup>

## **II. LES NORMES MORALES RELATIVES AU CORPS ET À LA SANTÉ: D'UN MONDE BRUYANT ET POLÉMIQUE À UN CORPUS NORMATIF LIMITÉ**

Une analyse des normes en situation conduit à en présenter le tableau suivant. Ce qui semble de prime abord caractériser celui-ci, c'est la surabondance des normes auxquelles les sujets, médecins, patients ou proches de patients, sont susceptibles de faire référence. On peut distinguer:

- Des normes liées aux « bonnes pratiques » évolutives, et définies selon l'état du savoir médical. En réanimation néonatale par exemple, la limite en deçà de laquelle les équipes médicales ne réaniment pas les nouveaux-nés varie à l'heure actuelle, selon les pays et/ou les services, entre 24 et 26 semaines.
- Des normes juridiques qui s'imposent aux équipes médicales comme aux patients.

---

18 M. Parker, *Ethical problems and genetic practices*, Opus cit.

19 La notion de « thick description » renvoie aux travaux du philosophe analytique G. Ryle et de l'anthropologue C. Geertz. Elle est reprise par A. Kleinman.

- Des normes institutionnelles (hôpital, santé publique, économie de la santé).
- Des normes relatives au code de déontologie régulant une profession.
- Des normes morales, liées à la pratique du métier de médecin et à la conception qu'on s'en fait : elles émergent dans le cadre d'une culture professionnelle, qui elle-même se diffracte de diverses manières selon les cultures de service, et dans le regard que les patients portent sur ces cultures professionnelles. Elles engagent la relation à autrui. Par exemple, de façon très générale, alors qu'en milieu anglais, il est coutumier de noter que les médecins travaillant dans le domaine de la procréation ou de la néonatalogie sont très attachés à la norme du respect de l'autonomie du patient (« respect for autonomy of the patient » ou « patient-centredness »), en milieu français, la norme est plutôt celle d'une décision prise indépendamment des parents, considérés comme émotionnellement incapables de juger de façon réfléchie à la situation.

On voit d'emblée que ces normes, y compris les normes morales *stricto sensu*, ont un vaste terrain d'expression: on peut y faire référence dans le cadre d'une analyse éthique, mais elles peuvent aussi s'exprimer de façon sous-jacente ou explicite à travers des règles de droit ou les codes de déontologie.

La présentation qui vient d'être faite suggère qu'on a affaire à une série de normes « à part égale ». Or, il n'en est rien. Comme l'a souligné le médecin et juriste américain J. Katz, dans un ouvrage publié en 1984, la relation entre médecin et patient a été un « monde silencieux » jusqu'il y a environ 150 ans.<sup>20</sup> La situation a changé progressivement, de sorte qu'aujourd'hui, on entend les patients s'exprimer, ainsi que des membres de communautés professionnelles non médicales, comme les juristes, les philosophes, les théologiens, les économistes, en bref, différents acteurs qui interviennent, pour des raisons diverses, liées à leur état de santé, leur position professionnelle ou aux valeurs qu'ils se sentent tenus de défendre. Si on cherche à caractériser en peu de mots la situation présente, au delà du « bruit » et des échanges nombreux qui la caractérisent, on peut dire que le cadre normatif autrefois en vigueur a éclaté : il n'est plus l'apanage des médecins ; les normes mises en avant par ces derniers sont remises en cause ou leur signification discutée. Elles font l'objet de controverses.

---

20 J. Katz, *The Silent World of Doctor and Patient*, The John Hopkins University Press, 2002, 1984.

Cet état de fait nous renvoie à un enjeu moral essentiel, sur lequel il n'est pas aisé de trancher : doit-on se prononcer en faveur de l'universalisme ou du relativisme ? Faut-il partager le regret exprimé par H. T. Engelhardt d'être dans une tour de babel morale, à mille lieux de l'ambition universaliste des penseurs des Lumières, et de devoir «tolérer pour des raisons morales ce qu'on condamne soi-même pour des raisons morales » ?<sup>21</sup> Doit-on, comme K.-O. Appel en 1967, poser le constat d'une difficulté apparemment insurmontable : au moment où se fait sentir de façon présente et urgente l'élaboration d'une éthique universelle (il se confrontait alors à l'industrie atomique), « la tâche philosophique de fonder en raison une éthique universelle n'a jamais été aussi ardue, voire désespérée » ?<sup>22</sup>

Face à ce questionnement, l'une des options possibles a été de privilégier la voie de l'éthique procédurale : aujourd'hui, lorsque nous nous réunissons de façon effective ou fictive pour réfléchir aux normes qui devraient guider nos décisions, nous visons une conclusion unanime, mais notre unique point d'accord au départ portant sur les règles de notre discussion. « Dans cette perspective », souligne A. Fagot-Largeault, « il est admis comme une évidence que les décisions éthiques sont précaires et, dans une large mesure, arbitraires, parce qu'elles sont le fruit de négociations pouvant être remises en cause à mesure que de nouvelles générations d'interlocuteurs prennent part au débat ».<sup>23</sup>

Tout en reconnaissant l'intérêt d'une analyse en termes procéduraux, on peut cependant estimer qu'elle prend insuffisamment en compte les rapports de force à l'oeuvre dans les échanges, même lorsque ceux-ci sont soumis à un ensemble de règles reconnues par tous. On peut aussi ne pas se satisfaire, même sur le mode de la résignation, du relativisme moral qui va de pair avec l'éthique procédurale. M. Hunyadi a proposé en ce sens l'idée d'un contextualisme moral, qui permet de rendre compte de l'émergence des normes et leur plus ou moins grande capacité à traverser le temps et les frontières, d'avancer l'idée d'une évolution morale - ceci dit sans connotation

---

21 H. T. Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*, Oxford, Oxford University Press, 1986, p. 14.

22 K.-O. Appel, *L'éthique à l'âge de la science. L'a priori de la communauté communicationnelle et les fondements de l'éthique*, tr. De R. Lellouche et I. Mittman, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires de Lille 3, 1987, 1, 1.

23 A. Fagot-Largeault, *Médecine et philosophie*, Paris, PUF, 2010, p. 176.

darwinienne.<sup>24</sup> Selon lui, il ne convient pas de faire seulement du contexte la toile de fond de notre interrogation morale, mais aussi de considérer la contextualité humaine élémentaire, la manière dont notre pensée est tissée à même notre contexte de vie. Du point de vue normatif, ce contextualisme n'équivaut pas au relativisme.<sup>25</sup> Il n'implique par ailleurs aucun déterminisme, car notre rapport au contexte recèle les éléments nécessaires à la critique de celui-ci : « Le contexte donne tout, y compris la puissance de le critiquer, ou d'y résister ».<sup>26</sup>

De façon différente, on peut aussi ne pas vouloir adopter l'éthique procédurale parce qu'on est en désaccord avec la description négative de notre situation morale proposée par H. T. Engelhard. Ce dernier, comme K.-O. Appel, a d'ailleurs souligné que les sociétés démocratiques se caractérisent par un pluralisme des points de vue éthiques et qu'elles l'ont converti en valeur au titre du « respect des différences ».<sup>27</sup> En outre, nous ne sommes pas si démunis qu'il y paraît. En effet, il est raisonnable de reconnaître qu'il existe en réalité aujourd'hui un petit corpus de normes pour autant - c'est un aspect essentiel sur lequel nous reviendrons par la suite - qu'on les conçoit de façon abstraite et générale : notamment, le respect de l'autonomie du patient, le principe de bienfaisance, le principe de non-malfaisance, et l'interrogation en termes de justice. Elles ont traversé quelques frontières et plusieurs décennies, voire quelques siècles. À ce corpus, on peut ajouter d'autres normes qui ne sont pas formulées exclusivement au sujet des pratiques médicales, mais s'appliquent à elles de façon privilégiée, par exemple celle relative au respect de l'intégrité corporelle.

Quelques normes, en petit nombre, dominent donc la discussion. Cela vaut même lorsqu'on tient compte des variations culturelles, *a fortiori* si l'on s'inscrit dans le temps

---

24 M. Hunyadi, *L'homme en contexte - essai de philosophie morale*, Opus cit. C'est au demeurant, souligne-t-il, une tendance forte de la philosophie en général - s'extraire de la caveme - même si on constate aussi certaines tentatives pour rapprocher la réflexion philosophique de son inscription historique contextuelle (historicisme allemand du 19<sup>ème</sup> siècle ; monde de la vie husserlien ; l'historialité comme une structure fondamentale de notre existence chez Heidegger; formes de vie wittgensteiniennes; philosophie du langage searlien). Cf du même auteur : *Morale contextuelle*, Québec, Presses de l'Université de Laval, 2008.

25 Cf. pour une conception proche de la disjonction entre relativisme cognitif et relativisme moral S. Lukes, *Moral Relativism*, Picador/Macmillan. 2008 dont j'ai proposé une recension dans le *Journal of Royal Anthropology Institute*, 16/2, 2010.

26 M. Hunyadi, *L'homme en contexte - essai de philosophie morale*, Avant-propos, texte cit.

27 A. Fagot-Largeault, *Médecine et philosophie*, Opus cit.

long où l'on peut repérer d'intéressants phénomènes de rééquilibrage ou de balancier.<sup>28</sup> A. Fagot-Largeault parle à ce sujet de « noyau consensuel » et souligne que ces quelques normes renvoient aux droits de l'homme.<sup>29</sup> Le fait est que, dans les sociétés occidentales du moins, les discussions normatives se concentrent sur quelques notions mises en évidence dans la littérature bioéthique par le *Rapport Belmont* (respect de l'autonomie de la personne, bienfaisance, justice), la réflexion de T. Beauchamp et J. Childress sur les principes de l'éthique bio-médicale (respect de l'autonomie de la personne, bienfaisance, non-malfaisance, justice) ou encore, dans le texte de droit qu'est le *Code de Nuremberg* sur le consentement « libre, éclairé et exprès » des personnes concernées par une investigation biomédicale. Cet ensemble restreint de normes à une histoire, présente un visage quelque peu disparate, mais aussi une certaine solidité, fruit de ses mises à l'épreuve et de ses reformulations successives.<sup>30</sup>

### III. COMMENT « FAIRE SORTIR LES QUESTIONS EMBARRASSANTES DU PLACARD »

31

Plusieurs attitudes théoriques sont aujourd'hui repérables au sujet de cet ensemble de normes. Malgré le discrédit jeté sur la prétention à l'universalité, il est fréquent d'observer la réaffirmation du caractère intangible de certaines normes et valeurs. « Questionnements pour les Etats généraux de la bioéthique », l'Avis 105 du Comité consultatif national d'éthique français, rappelle à ce titre le statut principiel de l'idée de respect de la dignité de la personne humaine, et la prise en compte prioritaire de l'intérêt de l'enfant, comme l'impossibilité de commercialiser le corps humain, ou encore le respect de l'anonymat dans le dispositif légal de la loi de bioéthique votée en France en 2004.<sup>32</sup>

Fait notable, il est rare que les désaccords surgissent au sujet de normes exprimées dans un contexte général (il faut respecter la dignité humaine, il est interdit

---

28 Un exemple actuel frappant constitue la « découverte » de la solidarité comme valeur dans l'éthique médicale anglaise, solidarité qui est un lieu commun de l'éthique médicale à la française ; de la même façon, la critique de l'autonomie est vive au sein de la première, à un moment où inversement, le respect de l'autonomie acquiert ses lettres de noblesse sur le sol français.

29 A. Fagot-Largeault, *Médecine et philosophie*, Opus cit., p. 177.

30 Ibid., pp. 180-181.

31 Ibid., p. 182.

32 L'avis est disponible sur internet [http://www.ccne-ethique.fr/docs/avis\\_105\\_CCNE.pdf](http://www.ccne-ethique.fr/docs/avis_105_CCNE.pdf).

de vendre le corps humain ou ses parties, etc.).<sup>33</sup> Or, comme le souligne A. Fagot-Largeault, ce positionnement de la réflexion est relativement frustrant car on s'accorde sur un contenu de l'éthique à condition de mettre les « questions embarrassantes » au placard, et de ne pas trop approfondir ce que les principes signifient .

Face à cet accord de façade, il y a plusieurs façons de « mettre les pieds dans la plat ». L'une d'entre elles est brillamment illustrée par le travail de R. Ogien. Celui-ci contredit l'idée selon laquelle, même à ce niveau, les désaccords sont inexistantes. Ils apparaissent si l'on se donne la peine de mener un travail critique sur les valeurs qui fondent les normes énoncées. D'une part, il y a ce qui prescrit, oblige ou interdit - les normes, et d'autre part, ce qui contient des expressions d'appréciation (le bien, le mal, le meilleur, le pire, etc.) - les valeurs. À partir de leur discussion, il développe une critique des arguments avancés pour justifier une norme et cherche à expliciter les raisons, les croyances, les convictions qui les sous-tendent pour en dénoncer la part d'arbitraire. Cela le conduit à proposer une critique des normes elles-mêmes, en raison de leur manque de fondement, critique par ailleurs adossée, dans ses écrits, à une conception morale « minimale » qui fait de la nonnuisance à autrui le seul critère d'évaluation de l'action morale.

Bien souvent, ce travail de critique des normes par l'examen de leurs fondements s'accompagne par un travail de clarification conceptuelle et d'articulation entre énoncé ontologique et énoncé normatif. En effet, le désaccord surgit de façon récurrente dès qu'il faut spécifier le sens des termes employés pour énoncer une norme : « nous sommes tous d'accord pour dire que toute personne humaine mérite le respect. Mais nous ne sommes plus d'accord dès qu'il s'agit de préciser quel respect, ni qui mérite d'être appelé une personne. L'enfant mineur, le nouveau-né sont-ils pleinement des personnes ? ». <sup>34</sup> Il y a donc, indépendamment même des valeurs qui sous-tendent les normes des questions de définition qui engagent des choix dont les conséquences normatives et thérapeutiques sont déterminantes. On peut dire que le travail de réflexion des membres du comité consultatif national d'éthique relève en grande partie de cet aspect.

---

33 Les rédacteurs du *Rapport Belmont* en avait fait la remarque à propos de leur travail.

34 A. Fagot-Largeault, *Médecine et philosophie*, Opus cit., pp. 181-182.

Cependant, face à cet ensemble restreint de normes, l'embarras éthique et conceptuel surgit encore d'une autre manière. On ne peut en rester au niveau de la discussion des normes envisagées de façon générale. En effet, les praticiens de l'éthique médicale ont tous souligné combien il est facile d'affirmer une règle générale et difficile de l'appliquer de façon concrète.<sup>35</sup> De ce point de vue, il y a donc un travail nécessaire à mener pour appliquer ce qui doit l'être aux situations singulières, une réflexion à développer pour comprendre ce que signifie la règle lorsqu'on l'envisage au sein de telles situations : « chacun sait que c'est une chose de dire qu'il faut respecter la personne humaine, et que c'en est une autre de respecter concrètement telle personne, tel patient psychiatrique confus, violent ou sale ».<sup>36</sup> La difficulté, bien connue de la philosophie morale, se loge dans le passage de la théorie à la pratique, mais pas seulement. Elle se noue aussi autour de l'incompatibilité de normes que nous estimons vouloir et pouvoir respecter toutes lorsque nous les envisageons à titre général. Elle renvoie enfin à la pluralité des compréhensions possibles d'une norme pour une même situation singulière. De tels phénomènes suscitent des cas de conscience, des dilemmes de sorte que bien, souvent, nous sommes conduits à délibérer en cherchant à faire au mieux, ou au moins mal, et à accepter une certaine part d'inconfort moral.<sup>37</sup>

On a donc affaire à trois ordres de difficultés:

- justification des normes
- clarification conceptuelle des notions employées dans l'énoncé des normes
- application des normes

Le travail doit être mené pour affronter, de façon complémentaires, les trois.

## **CONCLUSION : L'ENJEU D'UNE DISCUSSION CRITIQUE DES NORMES**

---

35 J'ai rendu compte d'une partie de cette discussion dans un article: 'L'articulation du cas et du principe en éthique médicale: éléments philosophiques pour une appréciation du conflit entre 'principistes' et 'casuistes', in : *Une éthique pour la vie, approches interdisciplinaires (philosophie, médecine, droit, sociologie)*, coord. Cl. Lavaud, Paris, Seli Arslan, 2007, pp. 227-241.

36 Ibid.

37 Cf. mon article co-écrit avec N. Foureur, 'L'"humanité", enjeu majeur de la relation médecin-patient - Y a-t-il une violence intrinsèque à la situation de soin ?', in: *Perspective soignante*, avril 2010, n°37, pp. 6-27. Et dans une version différente: in (dir.) L. Benaroyo, C. Lefve, J-Ch. Mino et Fr. Worms, *La philosophie du soin*, Paris, PUF, 2010, pp. 189-204. Dans cet article, nous avons exposé plusieurs cas de conflits de normes.

Un tel travail, mené sur le petit corpus de normes mobilisées dans le champ de l'éthique médicale, repose sur la (bonne) volonté des acteurs engagés dans la situation, et parfois à la détermination de certains de l'imposer dans un rapport de forces inégal, afin de ne pas céder au péril du conformisme et à ce que G. Canguilhem appelle « la nonne des normes » la convergence.<sup>38</sup> Il est probablement inexact de considérer que la discussion normative n'apparaît que lorsque le paternalisme médical est mis en cause. Même si, du point de vue historique, certains éléments invitent à établir entre les deux phénomènes une corrélation, le passage par une discussion normative dans une décision médicale suppose que les protagonistes de la situation, ou du moins une partie d'entre eux, estiment que le seul savoir médical ne suffit pas.

Mais alors, il ne s'agit pas seulement de prendre en compte le point de vue du malade. Cet élément est essentiel, mais pas suffisant et pourrait d'ailleurs s'entendre en un sens purement heuristique : on tiendrait compte de ce point de vue parce qu'il apporte quelque chose à la compréhension de la maladie. On sait d'ailleurs que la pensée médicale est traversée depuis la diffusion des œuvres du *corpus hippocratique* par un débat entre ceux qui entendent privilégier, dans la pratique de la médecine, la considération de la maladie et celle du malade.<sup>39</sup> La discussion à ce sujet est toujours vive à l'époque contemporaine. Elle a été renouvelée par la mise en avant, dans la réflexion de G. Canguilhem sur la médecine comme forme de savoir, de la pensée clinique. Alors que le primat accordé à la maladie conduirait à privilégier, dans la décision, ce que dit l'état de l'art sur la pathologie examinée, la pensée clinique accorde plus volontiers une place au point de vue du patient sur sa maladie pour comprendre cette dernière, voire déterminer les modalités de la prise en charge thérapeutique. Le malade instruit son médecin et doit pouvoir le considérer comme son exécutant avant de l'envisager comme son réparateur. Il faut en ce sens, dit G. Canguilhem, introduire le « concept de corps subjectif dans la définition d'un état que le discours médical croit pouvoir décrire en troisième personne ».<sup>40</sup> G. Canguilhem est très clair sur les tenants et les aboutissants de l'introduction du corps subjectif : il ne s'agit pas de remettre en cause l'ambition scientifique, ni la réalité et l'apport de la connaissance médicale. Il n'en

---

38 G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Opus cit., p. 185.

39 Cf. D. Gourevitch, *Le Triangle hippocratique dans le monde gréco-romain: le malade, sa maladie et son médecin*, Rome, Ecole française de Rome ; Paris, diffusion de Boccard, 1983.

40 G. Canguilhem, *Écrits sur la médecine*, Paris, Seuil, 2002, pp. 63-64.

reste pas moins que la maladie s'enracine dans un terrain singulier : le malade, qui doit être pris en compte en tant que tel.

Ici, cependant, l'enjeu est autre. Il peut d'ailleurs être éclairé à la lumière d'un autre élément de la pensée de G. Canguilhem. L'auteur du *Normal et le pathologique* propose en effet une analyse originale des normes à l'oeuvre dans la décision médicale. Cette nouvelle grammaire normative permet de mettre en perspective le recours aux normes morales de façon intéressante. Il y a d'une part ce que nous indique le corps étudié sous un angle objectif, statistique. Il y a d'autre part ce que nous apprend l'individu et qui renvoie à sa norme biologique et vitale propre. Il y a enfin ce que la société invite à considérer comme «normal» et comme « pathologique» et qu'elle peut parfois vouloir imposer aux individus, au détriment de leur propre norme. Tout le propos canguilhémien est construit pour promouvoir la prise en compte de la norme biologique et vitale propre de l'individu, et même plus : pour en faire l'élément clé de la définition de la santé, même si elle n'équivaut pas à la norme statistique ou à la norme sociale.

G. Canguilhem suggère ici quelque chose d'essentiel pour comprendre le recours aux normes morales dans la décision médicale. Si ce qui compte, dans l'établissement d'un diagnostic et de la prise en charge thérapeutique d'un malade, c'est sa norme individuelle, alors il est indispensable de le reconnaître comme un sujet capable d'énoncer des choix, un point de vue, des préférences - *a fortiori* dans un contexte où, malade, souffrant, alité, confronté peut-être à la perspective de sa mort prochaine, ce discours sur lui-même est la seule manière pour lui de prendre une part active à sa propre existence.<sup>41</sup> Dans le sillage de cette perspective, il devient également essentiel de reconnaître que dans les décisions médicales relatives à la santé, à la vie, à la mort et à la procréation, se joue autre chose que la mise en oeuvre d'un savoir et d'une technologie. Une relation de sujet moral à sujet moral, au sens où la réflexion morale renvoie à une évaluation de l'existence, à une « appréciation » pour reprendre une expression canguilhémienne. Or les normes morales, le sens et le fondement qu'on leur confère, la manière dont on les applique, constituent une manière privilégiée d'exprimer le fruit de cette réflexion morale.

---

41 C'est un point que j'ai argumenté dans 'L'expérience du déni de reconnaissance dans la relation médecin/patient: nouvel exemple ou motif d'élargissement pour la théorie de la reconnaissance ?', art. Cit., p. 108.

Ce propos met aussi en évidence un double enjeu politique niché dans le fait d'accorder une place à la discussion sur les normes morales :

- d'une part, donner à la norme individuelle la première place, c'est minimiser celle de la norme sociale. Les enquêtes et les analyses des politiques de santé publique montrent aujourd'hui à quel point cet enjeu est vif et que la première place n'est en rien assurée pour la norme individuelle.<sup>42</sup>

- d'autre part, créer des institutions et instaurer un mode de fonctionnement qui inclut l'espace de temps nécessaire à une discussion normative ne paratt pas aller de soi à une époque où la déploration sur le manque de temps dans la relation médecin/malade est constante.

À ce double égard, le droit - dont l'intervention dans le champ des pratiques médicales n'est pas nécessairement synonyme de « juridicisation » - joue un rôle ambigu: il peut autant être, à travers les cadres institutionnels qu'il ordonne et régule, favorable aux processus de subjectivation qu'un obstacle à ceux-ci, dès que, par exemple, la norme juridique est l'expression d'une norme morale, ne laissant par là aucune place à d'autres points de vue.

On peut bien sûr reprocher à cette perspective, qui met l'accent sur le sujet et les processus de subjectivation, de n'être pas appropriée à toutes les situations. En effet, certains patients ne sont pas tous à même de s'affirmer comme sujet dans l'interaction avec les équipes soignantes, d'apprécier et d'évaluer leur existence et à l'aune de ce jugement, de mobiliser une norme morale pour que soit respecté leur point de vue. Il reste certainement à prolonger le cadre d'analyse esquissé ici au sujet de la discussion critique des normes en contexte médical, afin de prendre en compte ces situations. Mais la reconnaissance de cette incomplétude ne conduit à nier sa pertinence et son utilité.

Marie Gaille, philosophe, chargée de recherche au CERSES, centre de recherche sens, éthique et société (CNRS-Université Paris-Descartes)

---

42 Cf. J. Vailly, J. Kehr et J. Niewöhner (Dir.), *De la vie biologique à la vie sociale. Approches sociologiques et anthropologiques*, La Découverte, Paris, 2011.

