

Université Catholique de Louvain

FACULTE DE THEOLOGIE



La notion de la responsabilité chez Bruno CADORE : une modalité d'ouvrir à la réflexion bioéthique

Par Nicaise **KODEPO**

En vue l'obtention du diplôme de Master 120
en théologie, à finalité approfondie.

Sous la direction de Pr. Dominique **JACQUEMIN**

Louvain-La-Neuve
2013

Remerciements

Au terme de ce travail, nous voulons tout d'abord dire notre gratitude à Dieu le Père de tous, Lui, l'Auteur de la vie de qui nous tenons tout, nous recevons tout et dont l'indéfectible assistance ne nous a jamais manqué tout au long de cette année académique.

Nous voudrions ensuite aussi notre reconnaissance à tous ceux dont les conseils et les encouragements ont contribué à la réalisation de ce travail.

Et qu'il nous soit permis d'exprimer notre gratitude et notre estime à notre professeur et promoteur Dominique JACQUEMIN qui, en dépit de ses multiples occupations, ne cesse de nous montrer son entière disponibilité pour la rédaction de ce travail. Il nous a guidé de manière méthodique et poussé à la rigueur scientifique.

De manière particulière, nous formulons notre gratitude à nos correcteurs, les professeurs Walter LESCH et Eric GAZIAUX qui ont bien voulu, en sus de leur charge, être les deuxièmes lecteurs de ce travail.

Nous sommes aussi redevable au corps professoral de la faculté de théologie de l'Université catholique de Louvain-la-Neuve pour les enseignements de qualité qu'il nous a donnés. Que tous reçoivent ici l'expression de notre reconnaissance.

Enfin, que tous nos proches de près ou de loin, nous pensons spécialement à nos frères et sœurs de la famille KODEPO dont Yanis, à nos amis, Mme Eudoxie BROSSILLON née WILLYBIRO PASCY, qui ne cessent de nous soutenir par leurs prières et conseils. Que ce travail soit le témoignage de notre reconnaissance et l'expression de notre profond sentiment à leur endroit.

***A mon père et à ma mère qui,
après tant d'années de souffrance,
trouvent le repos dans la paix éternelle***

INTRODUCTION GENERALE

Aborder aujourd'hui la question de la bioéthique, c'est entre autre chercher à comprendre les différents enjeux de la technoscience dans la pratique biomédicale, puisque la bioéthique ne se limite pas au seul de la médecine. C'est aussi chercher à comprendre et à poser un regard critique sur les nouvelles pratiques médicales développées et introduites par les inventions technoscientifiques en médecine. C'est enfin développer une attitude éthique portée sur des choix et des actes dans le cadre de ces pratiques.

En effet, depuis quelques décennies, le monde médical est en perpétuelle mutation à cause des diverses découvertes scientifiques et de leur application en médecine. Dans ce contexte de transformations suscitant des questionnements, la bioéthique devient, pour sa part, un vaste champ à appréhender et à comprendre. Son émergence, comme réflexion interdisciplinaire à propos des questions posées par la médecine contemporaine, est sans doute un signe d'entrée de cette dernière dans une nouvelle étape de son évolution, ce qui justifie le fait que son positionnement ne cesse de susciter des débats réflexifs. L'enjeu de ces débats vise, de manière générale, la juste prise de décision dans une situation singulière de soin, la capacité humaine de créativité éthique, le respect et la dignité de la vie quelle que soit la situation, la proposition de solutions aux nouveaux problèmes comme défis éthiques de l'heure et l'orientation de la vie pour qu'elle puisse avoir un sens. Au cœur de toutes ces nombreuses réflexions, nous découvrons en trame de fond la prise en compte de nouvelles questions de la biomédecine qui nécessite d'une part l'engagement de l'homme, et d'autre part sa détermination afin de s'assumer en tant que sujet éthique. C'est dans cette optique que nous allons nous intéresser à la thématique de la responsabilité dans la perspective éthique.

En effet, la notion de responsabilité revêt d'un grand intérêt pour l'être humain et son agir, pour son avenir ainsi que pour les générations futures. Elle concerne tous les domaines de l'existence humaine. Elle vise, et s'intéresse au sens et à la finalité des actions technoscientifiques sur la vie humaine sans oublier leurs conséquences. Le domaine médical n'est pas en reste suite aux inventions et interventions liées aux pratiques de la biomédecine dont l'homme est à la fois sujet et objet, qu'il suffit de penser à certains cas comme l'insémination artificielle, l'acharnement thérapeutique, la fécondation artificielle, la chimiothérapie, voire la manipulation génétique pour ne citer que ceux-là.

Dans le travail qui va suivre, la question de la responsabilité en éthique sera de mise. Elle nous conduira à l'aborder sous l'angle d'une certaine approche de la bioéthique pour en

déployer toute son acuité. C'est dans ce sens que nous voulons réfléchir sur « *la notion de la responsabilité chez Bruno CADORE, une modalité d'ouvrir à la réflexion bioéthique* ». Pour y parvenir, trois étapes successives vont nous aider dans cette réflexion.

La première partie jettera un regard historique sur les événements qui ont contribué à l'émergence de la bioéthique, notamment ses origines dans le contexte de l'évolution du monde et des progrès scientifiques, le rôle joué par la théologie dans cette émergence, son approche définitionnelle ; quelques précisions permettront également de lever certaines équivoques entre les termes de morale, éthique et bioéthique. Elle mettra enfin en évidence les principes fondateurs qui ont servi comme normes à l'origine de la bioéthique et présentera sa nature et sa méthode.

Tandis que la seconde partie sera consacrée à la de la présentation de l'éthique de la responsabilité chez Bruno CADORE. Pour dire, après une brève présentation de l'auteur, nous présenterons les jalons principaux de sa pensée, comme les pôles constitutifs de l'élaboration de sa réflexion bioéthique. Bien évidemment, d'aucuns pourraient se demander pourquoi le choix de cet auteur. En effet, plusieurs raisons de notre point de vue permettent de le justifier. Nous nous situons au début de la recherche bioéthique, comme modalité réflexive qui se cherche à travers ses principes et sa méthode. Cependant, la particularité de cet auteur n'est pas liée aux principes mais à sa conception originale et surtout à la notion d'excès de la responsabilité dans le champ de la bioéthique. Aussi, disons que l'auteur a particulièrement choisi de placer l'importance de cette responsabilité au cœur de relation inter-humaine exercée au niveau de la médecine entre soignant et patient. A cela, s'ajoute le fait que sa posture de médecin et théologien, reste pour nous un aspect stimulant de l'aborder et de comprendre sa pensée afin de mieux le situer dans la réflexion bioéthique. Son itinéraire d'une éthique de responsabilité met en exergue sa conception bioéthique caractérisée par la dynamique de la relation avec le souffrant et le toujours possible excès de la responsabilité en éthique. En d'autres termes, cette partie se penchera sur les principales articulations et orientations éthiques suggérées par l'auteur.

Enfin, sous forme d'une herméneutique de l'éthique de la responsabilité d'après l'analyse de la pensée de CADORE, la dernière partie soulignera certains enjeux de l'éthique de la responsabilité telle que développée par l'auteur, sa pertinence et ses intérêts. Elle évoquera aussi les difficultés rencontrées qui disent les limites de notre travail, tout en même temps qu'elles ouvrent à d'autres pistes de recherche.

Une conclusion générale nous permettra d’avoir un regard récapitulatif sur l’ensemble du travail. Elle reprendra de manière synthétique les grandes articulations de notre réflexion et ouvrira des perspectives d’avenir, si possible, par rapport à la thématique développée.

CHAPITRE PREMIER

BIOETHIQUE : HISTOIRE ET DEVELOPPEMENT

Introduction

Avant d'entrer dans le vif de notre réflexion sur l'éthique de la responsabilité, il est important de voir d'abord comment a émergé la bioéthique. L'aperçu historique dont il est question dans ce chapitre permet de mettre en exergue le contexte dans lequel s'est définie cette notion de la bioéthique contemporaine et de mieux cerner, certes pas de manière exhaustive, ce qui a contribué à son avènement. Comme le déclare Brice de MALHERBE :

La bioéthique est une entreprise récente. Elle a cependant une origine et, déjà une histoire.¹

Si toute connaissance résulte d'un fait historique, le but de ce chapitre est de montrer, à partir des ingrédients de l'histoire, la naissance de cette modalité réflexive et son implication dans la biomédecine aujourd'hui. Après un rappel historique, nous aborderons la question des origines de la bioéthique; puis nous considérerons quelques définitions qui lui sont attribuées afin d'éviter toute confusion entre les concepts de morale, d'éthique et de bioéthique, et de mieux contextualiser le champ réflexif au cœur duquel la pensée de Bruno CADORE trouvera son inscription.

1.1.Contexte de l'émergence de la bioéthique contemporaine

Plusieurs facteurs ont contribué à l'émergence de la bioéthique. L'apparition de la bioéthique est liée aux progrès technico-scientifiques du 20^{ème} siècle. En effet, le monde est plongé dans un contexte de découverte de techniques nouvelles, de recherches sur l'homme, de l'avènement des situations inédites inhérentes au problème de la pratique médicale. C'est un siècle profondément marqué par une évolution rapide de la technoscience. Ces transformations ont apporté un changement dans l'amélioration des conditions de vie humaine avec à l'appui des innovations et l'aisance matérielle d'une part, mais d'autre part, elles ont été également source de menace sans précédent pour l'être humain. Jocelyne SAINT-ARNAUD n'a pas hésité d'évoquer les menaces du progrès scientifique quand elle affirme :

Les développements scientifiques et technologiques ont causé de nouveaux problèmes moraux pour lesquels les guides traditionnels (normes religieuses, déontologiques ou professionnelles) ne sont plus d'une grande utilité².

¹ DE MALHERBE B., *Le respect de la vie humaine dans une éthique de communion*, Paris, Parole et Silence, 2006, p.17.

Tout compte fait, le progrès scientifique et technique ne cesse de susciter des questionnements dus à certains scandales qu'il entretient au profit de ses recherches et cela au détriment de la vie humaine³. Celle-ci se trouve menacée pour le simple fait que l'être humain est devenu le « cobaye » d'expériences dans le monde scientifique. En parlant des dérives de la technoscience, Guy DURAND affirme :

Ce questionnement provoqué par le progrès d'ordre scientifique et technique a été intensifié par la divulgation de certains scandales dans la grande presse : injections des cellules cancéreuses à des patients âgés, inoculation de l'hépatite virale à des enfants retardés mentalement, absence de traitement à des Noirs atteints de syphilis, recherche sur des sujets saints sans leur consentement⁴.

Force est de constater que, face aux recherches scientifiques et médicales, l'être humain est devenu non seulement objet de manipulation et d'expérimentation pour la science mais également victime de ses propres innovations techniques. On assiste de plus en plus à une réelle révolution copernicienne tant au niveau médical que thérapeutique dans la mesure où la médecine est devenue plus technique avec des conséquences parfois néfastes sur la vie humaine. De nombreuses pratiques jadis décriées et réprimées ont maintenant droit de cité. Marie-Hélène PARIZEAU tente de dénoncer quand elle affirme :

Des changements sociaux considérables dans la vie privée et la vie publique (décriminalisation du suicide, de l'avortement, de l'homosexualité ; légalisation du divorce et de la contraception, etc.) ont eu lieu⁵.

D'aucuns assistent à une forme d'impuissance du point de vue éthique et moral en général à cause de cette instrumentalisation de la vie insinuée par les nouvelles méthodes et innovations de la science et de la technique. La morale traditionnelle, souvent établie à partir des valeurs religieuses et considérée comme garante et protectrice de l'équilibre social, ne répond plus à toutes ces nouveautés biomédicales. En dépit des questionnements suscités par cette évolution, se pose l'épineuse question d'une réflexion éthique adaptée et du sens de la vie, du respect de la dignité de la personne humaine. Face à cela, la question fondamentale est de savoir quelle attitude est-il possible d'adopter pour préserver la vie humaine ? Est-il possible de manipuler les gènes humains ou de réaliser des expériences sur des sujets humains ?

² SAINT-ARNAUD J., *Réanimation et transplantation*, dans *Sociologie et société*, 27, 2 (1996), p. 102.

³ Nous nous référons ici à certaines de ces situations inédites évoquées par JACQUEMIN à savoir : eugénisme d'Etat, affaire de Brooklyn où on inoculait des cellules cancéreuses aux vieillards, affaires de Willowbrook où on testait l'hépatite sur les enfants handicapés. Cf. JACQUEMIN D., *Ethique des soins palliatifs*, Paris, Dunod, 2004, p. 8-9.

⁴ DURAND G., *La bioéthique*, Paris, Cerf, 1997, p. 9.

⁵ PARIZEAU M.-H., *Bioéthique : questions de méthode*, dans BYK C (éd.), *La bioéthique : un langage pour mieux se comprendre ?*, Paris, ESKA et Alexandre Lacassagne, 2000, p. 79-80.

Jusqu'où peuvent se situer les limites de l'expérimentation scientifique sur l'être humain ? Ces questions que l'on pose de manière récurrente ne cessent de susciter inquiétudes et interpellations pour tout esprit avisé.

La bioéthique surgit alors comme une tentative de rencontre de ces différentes questions afin d'en appréhender les problématiques nouvelles qui les traversent. Ainsi, nous pouvons attester que la bioéthique est née dans un contraste d'incertitude des actions médicales et cela avec le souci de protéger la vie humaine contre les dérives des pratiques biomédicales taxées d'inhumaines. A cela, il faut ajouter les applications et expériences excessives du progrès de la science dont les implications sont parfois sources de menace par rapport à la vie humaine et à son environnement. Saisissant ce constat des faits, Hubert DOUCET affirme pour sa part que

L'avènement de la bioéthique est une protestation contre l'inhumanité de l'exercice de la biomédecine: telle est la protestation qui donne naissance à l'éthique biomédicale. Il faut s'opposer au mal au nom du bien que la biomédecine engendre⁶.

En s'inscrivant dans cette perspective d'Hubert DOUCET, et en commentant avec justesse cette pensée, Guy BOURGEAULT évoque la faiblesse et les limites de la morale religieuse de l'époque. Selon lui, il existe sans doute un hiatus entre cette morale et les préoccupations de l'heure soulevées par les découvertes et les recherches scientifiques. Il met en relief cette faiblesse et ces limites de la morale religieuse favorisant l'avènement de la bioéthique en ces termes:

C'est précisément l'insuffisance ou l'inadéquation des morales anciennes, leur incapacité à prendre en compte l'entreprise biomédicale des dernières décennies, qui ont conduit à rompre avec elles pour explorer, en vue de la prise de décision et de l'action, de nouvelles voies de réflexion et de discussion⁷.

La bioéthique se positionne comme une nouvelle prise de conscience qui s'interpose dans le concert des découvertes biomédicales. Dans un contexte socio-culturel séculier et pluraliste où les sciences veulent s'imposer, elle veut être une réflexion qui ne serait pas à la marge des évolutions actuelles. Elle veut rester ouverte à toute entreprise de réflexion sur les nouvelles questions occasionnées par cette accélération du progrès scientifique et technique et proposer des pistes de compréhension à ces nouveaux problèmes engendrés par le développement scientifique et biomédical. En d'autres mots, la bioéthique est une réaction

⁶DOUCET H., *Un théologien dans le débat en bioéthique*, dans *Revue d'Ethique et de théologie morale*, 202 (1997), p. 20.

⁷BOURGEAULT G., *Qu'est ce que la bioéthique ?*, dans PARIZEAU M.-H (éd), *Les fondements de la bioéthique*, Bruxelles, De Broeck Université, 1992, p.27-47.

réflexive au cœur de nouvelles technologies biomédicales et un effort de réponse aux interrogations qu'elles suscitent. Ainsi, l'objectif qu'elle poursuit est de penser ce qui est éthiquement possible pour la vie humaine mais à partir de ce que lui proposent la science et la technique ainsi que leurs résultats. En d'autres termes, ce recul réflexif n'impose rien comme normes ni comme conduites à tenir a priori. Comme modalité de réflexion, elle s'inscrit dans une perspective critique contre les inventions technoscientifiques ayant tendance de réduire l'être humain à un simple objet de la science et de la technique biomédicale ; c'est-à-dire que son souci comporte une interrogation sur les limites de la connaissance scientifique, se transformant en puissance technique d'instrumentalisation de la nature humaine. Cette approche contextuelle de la bioéthique n'est pas anodine. Elle est plutôt liée à une histoire, à une origine que nous allons voir maintenant.

1.2. Les origines de la bioéthique

S'il est vrai que la bioéthique s'est révélée comme une alternative à l'incapacité ou à l'indifférence de la morale (religieuse) et des morales traditionnelles d'entrer en dialogue avec les sciences de la vie⁸, cela n'exclut pas le fait qu'elle relève du domaine religieux. C'est à dire qu'elle est partie de la préoccupation suscitée par la théologie sur l'agir humain. Penser les origines de la bioéthique, c'est également vouloir comprendre comment la théologie a pu contribuer à la naissance de cette nouvelle discipline réflexive.

En effet, la réflexion théologique est souvent l'élément déclencheur de prise de conscience dans l'approche bioéthique. Elle permet de prendre du recul sur ce qui semble un danger, une atteinte à la vie ; tout cela pour dire que la pensée théologique a occupé une place importante tout au début de la réflexion bioéthique, particulièrement par l'engagement des chercheurs et des penseurs catholiques d'abord. Elle était au centre de toutes les réflexions qui touchaient à la vie humaine. Ce qui fait que devant les nouvelles questions provoquées par les développements des sciences biomédicales, la théologie restait cet espace où se posaient les questions relatives aux valeurs de la vie. Cependant, son discours semble caduc, déconnecté de la réalité et donc peu suffisant, voire moins crédible face aux avancées technologiques d'une société pluraliste et séculière. Ainsi, l'approche théologique n'est pas déterminante et semble vaciller. Elle ne peut plus prétendre à elle seule d'apporter la totalité du sens face aux multiples enjeux actuels de la vie, et cela surtout dans le cadre de la bioéthique. Son

⁸ DOUCET H., *La contribution du théologien en bioéthique*, dans PARIZEAU M.-H (éd), op.cit, p.49-61.

insuffisance et son impertinence sur la question a suscité la remarque de Walters Le ROY reprise et commentée par Edouard BONE en ces termes :

Le Roy Walters remarque que jusqu'en 1966 la plupart des traités d'éthique médicale étaient dus à des moralistes d'obédience chrétienne, et plus habituellement même catholique. Mais les questions fondamentalement neuves et infiniment plus complexes qui se posent désormais, et non seulement à la conscience personnelle mais à la société globale, ne trouvent plus immédiatement de réponse adéquate dans les cadres de la pensée traditionnelle de ces familles spirituelles⁹.

En effet, ce reproche pointe les limites de la morale religieuse et traditionnelle dans sa capacité à prendre en compte les nouvelles questions sociales. Il déplore aussi son inefficacité de faire face aux situations de l'heure auxquelles se confronte l'homme moderne. En fait, la morale religieuse dite traditionnelle dictait une série de normes, de règles et d'interdits susceptibles d'orienter la vie des individus et celle de la communauté. Dans le cadre de la bioéthique, cette approche n'a plus de sens. Au-delà de son manque d'implication dans les nouvelles questions biomédicales, la théologie reste cependant une source d'inspiration quant à la réflexion bioéthique. Ce qui permet de voir son implication tant du côté catholique que du côté protestant, même si l'on pense que celle a été un élément indispensable dans la réflexion intellectuelle et l'approche interdisciplinaire de la bioéthique.

1.2.1. De la théologie catholique

La théologie catholique fait figure de proue dans le domaine de la médecine et de l'éthique médicale. Elle s'intéresse depuis fort longtemps à la médecine. Par exemple, on aperçoit que les prises de position du Magistère de l'Eglise sont souvent privilégiées et considérés comme le fondement de toute interprétation en matière de la morale médicale¹⁰. Cette éthique médicale catholique traite les problèmes liés à l'éthique en termes de décisions visant le bien être et à la vie du patient. Cependant, bien qu'elle soit portée sur le respect de la personne, l'attention aux dimensions sociales et la préoccupation pour le devenir de l'humanité, cette éthique reste très critiquée parce que l'on considère qu'elle est influencée par la seule référence au Magistère romain. Alors, d'aucuns pensent, comme c'est le cas d'Hubert DOUCET, que cette influence serait à l'origine de l'opposition traditionnelle de l'Eglise catholique et de sa réticence d'entrer en dialogue avec les nouvelles technologies

⁹ BONE E., *Itinéraires bioéthiques*, Bruxelles, Ciaco, 1990. p.11.

¹⁰ DOUCET H., *Au pays de la bioéthique : l'éthique biomédicale aux États-Unis*, Genève, Labor et Fides, 1996, p. 190.

biomédicales. A titre d'exemple, Hubert DOUCET reprend l'une des critiques déjà formulées par Daniel CALLAHAN à l'encontre de la morale catholique en ces termes :

L'enseignement traditionnel sur le contrôle des naissances étant le signe d'un problème beaucoup plus fondamental, celui de la relation de la science et de la théologie ou celui de l'impuissance de la théologie morale à s'immerger dans le présent, la nécessité imposait de créer des lieux, hors de la dominance ecclésiastique, pour faciliter la recherche et le dialogue entre biologie, médecine et éthique théologique ou autre¹¹.

Cette prise de conscience par les intellectuels catholiques, devenue une nécessité pour des questions bioéthiques, a conduit à la création au sein de certaines universités des centres de réflexion catholique pour favoriser les débats et les recherches en bioéthique. C'est l'exemple du Centre de bioéthique Kennedy Institute of Ethics fondé en 1971 par le médecin André E. HELLEGERS, un catholique libéral ; de Institute of Society, Ethics, and the Life Sciences connu sous le nom de Hastings Center fondé en 1969 et dirigé par Daniel CALLAHAN ; et à l'Université catholique de Louvain, du Centre d'études bioéthiques par Jean-François MALHERBE dès 1980. Il est intéressant de préciser aussi que ces centres ne sont pas hostiles à l'idée de progrès ni d'invention scientifique, mais ils s'attribuent l'impérieux devoir de s'interroger sur les normes et les perspectives de ces nouveautés scientifiques, tant dans la prise en charge des patients que dans ce qu'elles induisent comme nouveaux modèles de la médecine.

1.2.2. De la théologie protestante

La situation de la théologie dans les réflexions bioéthiques va changer grâce à l'éveil de la théologie protestante considérée comme la grande absente au début dans le concert de toutes les réflexions éthiques. C'est finalement du côté protestant que la bioéthique doit son apparition. La participation de cette protestante a été déterminante et apporte un dynamisme fondamental sans précédent dans la réflexion et l'analyse des questions biomédicales.

La théologie protestante a alors joué un rôle de premier plan pour déterminer l'orientation de la nouvelle éthique médicale qui cherchait à naître¹².

Au fond, le rapide investissement des théologiens protestants se déploie de manière visible à travers des œuvres concrètes. Ces théologiens se font d'abord remarquer par leurs

¹¹ CALLAHAN D., "Beyond Individualism: Bioethics and the Common Good", *Second Opinion*, 9 (1988), pp.52-69, dans DOUCET H., *La contribution du théologien en bioéthique*, dans PARIZEAU M.-H (éd), op.cit, p. 51.

¹² DOUCET H., *ibidem*, p. 187.

nombreuses publications sur les questions éthiques comme celle de la relation du médecin avec le patient. Si du côté catholique, on doit peu compter sur les ouvrages précurseurs de Bernard HÄRING, le livre de Paul RAMSEY, *The Patient as Person*, publié en 1970, a été considéré comme le premier ouvrage de bioéthique, puisque l'ouvrage met en relief l'humanité du patient quelle que soit l'ampleur de sa pathologie ou de sa situation. Tandis que l'ouvrage de Joseph FLETCHER, *Morals and Médecine*, publié en 1954, semble inaugurer une problématique toute nouvelle et établit le patient comme véritable sujet face au médecin. On note également la création des centres d'études protestants pour penser les questions bioéthiques. C'est le cas de la création de *L'Institute of Religion au Texas Medical Center* en 1967, considéré comme un signe supplémentaire des changements qui vont s'opérer. A l'instar des catholiques, les centres protestants sont devenus de véritables laboratoires de réflexions bioéthiques avec l'organisation des colloques de réflexions et des conférences. Le but est de favoriser le dialogue interdisciplinaire et de promouvoir la dimension œcuménique relative aux problèmes d'éthique médicale. Le cas éclairant est celui de la conférence intitulée *Houston Conference on Ethics in Medecine and Technology*, organisée par Kenneth VAUX, théologien protestant. Ceci semble déjà être une ouverture en vue de l'approche interdisciplinaire. L'intérêt protestant s'avère manifeste selon une double dimension. La première met d'abord au cœur de toute l'entreprise éthique la relation entre le médecin et le patient. Elle situe cette relation dans une perspective de l'alliance qui existe entre le médecin et le patient. Les deux sont liés en ce sens qu'ils entretiennent une relation de dépendance réciproque. Tandis que la seconde dimension est celle de l'ouverture qui caractérise cette approche éthique médicale protestante. En effet, celle-ci vise l'instauration du dialogue entre les différents partis, notamment médecins et théologiens qui sont sensés intervenir dans cette nouvelle démarche éthique qu'est la bioéthique, comme nous l'avons déjà mentionné.

Cela dit, la bioéthique a commencé aux Etats-Unis dans les années 1960. La société américaine est en pleine évolution tant technique et scientifique. A cela, s'ajoutent les différents débats de société notamment les questions de droits humains, de justice sociale ainsi que des réflexions portant sur la politique sociale et la santé. De l'autre côté, surgissent de nombreuses inquiétudes et d'autres analyses tant sur la nature de la vie et de la mort que sur la responsabilité des découvertes scientifiques. Comme le précise Guy DURAND :

D'une part, le progrès scientifique et technique pose question. D'un côté, il fascine ; et certains sont séduits par les possibilités qu'il recèle et les bonheurs qu'il promet. D'un autre côté, il fait peur ; et plusieurs ont l'impression que le sort de l'humanité est entre les mains d'apprentis-sorcières¹³.

Cela fait naître une prise de conscience des problèmes posés par la biomédecine, considérée comme cette entreprise de transformation humaine¹⁴. Autrement dit, face aux évolutions scientifiques, la société américaine n'a pas hésité à s'interroger sur le sens de l'homme et sur l'avenir de l'humanité. Les inquiétudes profondes et les intenses réflexions enclenchées par la théologie laissent éclore l'émergence d'une nouvelle éthique.

Au départ du mouvement que l'on appellera la bioéthique, il y a donc une prise de conscience que la science et ses développements soulèvent des questions importantes sur notre manière de vivre en société et sur le devenir de l'humanité. L'inquiétude qui donne naissance à ce mouvement n'est pas antiscientifique. Elle porte sur les comportements des scientifiques qui ont acquis un pouvoir considérable¹⁵.

Ce bref aperçu historique nous permet de comprendre comment est advenue la bioéthique aux États-Unis dans les années 1960, de cerner les aspects essentiels dû aux transformations et aux mutations sociales, culturelles, politiques et économiques. Si la bioéthique est considérée comme une nouvelle discipline réflexive, il est important de voir maintenant son approche définitionnelle et certains éléments principaux à mettre en exergue.

1.3.Approches définitionnelles de la bioéthique

1.3.1. Le concept initial

Le mot '*bioéthique*' est employé pour la première fois par l'oncologue étatsunien Van Rensselaer POTTER¹⁶ en 1971 dans le cadre d'une conférence sur la responsabilité sociale des scientifiques. En effet, il pense que la responsabilité des scientifiques est grande à l'égard de la société parce qu'ils participent à l'institution sociale qu'est la science. C'est dans cette optique que l'auteur pense qu'il est important voire urgent de préserver l'être humain et son environnement contre les avancées scientifiques à partir d'une éthique globale, une éthique à

¹³ DURAND G., *La bioéthique*, Paris, Cerf, 1997, p. 8.

¹⁴ Cette appellation est donnée par DOUCET Hubert suite aux changements rapides apportés par la révolution biomédicale avec leurs conséquences sur l'être humain dans *La contribution du théologien dans la bioéthique* dans PARIZEAU M.-H (éd), op.cit, p.49-61.

¹⁵ DOUCET H., op.cit, p. 32.

¹⁶ Cf. POTTER V. R., *Bioethics : the science of survival*, dans *Bioethics, Bridge to the Future*, dans HOTTOIS G., MISSA J.-N., *Nouvelle encyclopédie de bioéthique, médecine, environnement, biotechnologie*, Bruxelles, De Broeck Université, 2001, col. p. 128-129.

la fois humaniste et écologique en vue d'un meilleur vivre de l'homme. L'objectif assigné au début de la bioéthique n'était pas strictement lié à l'éthique biomédicale. Ce qui le pousse à mettre en évidence la connaissance biologique en corrélation avec les valeurs humaines :

Je propose d'utiliser ce terme bioéthique pour mettre en évidence les deux éléments de cette nouvelle sagesse dont l'humanité a tant besoin : la connaissance biologique et les valeurs humaines¹⁷.

Son premier souci était d'instituer une nouvelle vision du monde qui puisse mettre en symbiose les connaissances scientifiques et les valeurs intrinsèques de l'homme telles que le respect et la dignité. POTTER voit dans la bioéthique un projet qui peut concilier le savoir scientifique et la sagesse humaine vu que les recherches de la biologie prennent l'allure d'un véritable danger pour la survie de l'humanité. En constatant qu'il y a un déficit de réflexions tant sur les applications du progrès de la technoscience que sur leurs implications sur l'environnement, l'auteur se propose d'engager une réflexion concrète et profonde sur l'avenir de l'homme dans sa relation avec ce qui l'entoure, son environnement. Et pour justifier son initiative, POTTER déclare :

La bioéthique est assimilée à un projet normatif de bon usage des sciences biomédicales pour améliorer la qualité de la santé et la définir comme une science de survie et du mieux vivre prescrivant des règles pour une vie plus heureuse et plus productive, reste importante non seulement d'un point de vue historique, mais aussi parce qu'elle articule d'emblée le champ bioéthique dans toute son ampleur thématique, c'est-à-dire en y incluant des préoccupations concernant le vivant en général et ses relations à l'environnement¹⁸.

En effet, cette affirmation laisse entrevoir deux grandes préoccupations qui se trouvent dans le projet de POTTER. Nous y découvrons d'abord son souci, comme premier objectif de sa pensée, d'offrir à l'humanité entière une meilleure condition de vie ; tandis que le second objectif est d'assurer la garantie de la vie des générations futures par la protection de l'environnement. Initialement selon POTTER, la bioéthique peut se comprendre dans la dynamique d'une réflexion morale pour sauvegarder la vie. Ce qui signifie que dans sa perspective, la bioéthique ne se réduit pas à une éthique de la biologie, ni à une éthique médicale. Elle renvoie plutôt à tous les problèmes éthiques posés par les êtres vivants, c'est-à-dire les humains et ce qui constitue leur environnement. Ceci n'est pas une opposition de la

¹⁷ Cf. POTTER V. R., *Bioethics : the science of survival*, dans ROY D., *La bioéthique. Ses fondements et ses controverses*, Québec, Erpi, 1995, p. 5.

¹⁸ Cf. POTTER V. R., *Bioethics : the science of survival*, dans *Bioethics, Bridge to the Future*, dans HOTTOIS G., MISSA J.-N., *Nouvelle encyclopédie de bioéthique, médecine, environnement, biotechnologie*, Bruxelles, De Broeck Université, 2001, col. p. 128-129.

révolution scientifique, mais plutôt un appel à la prise de conscience au point d'éluder les éventuels risques des progrès de la technoscience.

La position de POTTER sera également partagée par certains penseurs notamment Hans JONAS, philosophe qui, bien que sa pensée ne fera pas partie de notre réflexion, insistera sur la responsabilité de la science, particulièrement de la biologie. Par ailleurs, en commentant cette définition de la bioéthique proposée par POTTER, Gilbert HOTTOIS¹⁹ y entrevoit trois caractéristiques principales notamment l'optimisme scientiste et progressiste, l'absence de problématique, la perspective morale méliorante visant le bien et le mieux-être. Ce qui compte c'est cet apport de la science afin d'assurer une meilleure vie possible à l'être humain.

1.3.2. Bioéthique comme notion polysémique

Jusque là, il est difficile d'accorder à la bioéthique une définition claire et précise. Certes, de nombreuses définitions sont proposées mais il faut préciser qu'elles essaient de répondre aux attentes, aux orientations soit de correspondre aux sensibilités respectives de leurs auteurs. Chacune d'elles aborde de manière singulière un aspect spécifique de la bioéthique qui lui convient. Cette difficulté permet de penser que la bioéthique est perçue jusque là comme une discipline à la croisée de plusieurs tendances. C'est en considérant cette difficulté de trouver une définition de manière consensuelle que Gilbert HOTTOIS affirme :

Le mot « bioéthique » désigne un ensemble de recherches, de discours et de pratiques généralement pluridisciplinaires, ayant pour objet de clarifier ou de résoudre des questions à portée éthiques suscitées par l'avancement et l'application des technosciences biomédicales²⁰.

Même si les définitions présentent des conceptions assez différentes, la bioéthique vise généralement à orienter l'action, à aménager l'exercice de la liberté humaine et à influencer les choix de la société. Aussi est-il possible de remarquer à partir de ces différentes approches que la bioéthique se précise comme une recherche interdisciplinaire sur la moralité de la conduite humaine spécifiquement dans le domaine des sciences de la vie. Elle implique également l'éthique médicale traditionnelle ainsi que l'ensemble des questions éthiques posées inévitablement par le développement technologique des sciences biologiques qui ne se limitent pas au domaine médical²¹.

¹⁹ BONE E., *Itinéraires bioéthiques*, Bruxelles, Ciaco, 1990. p.22.

²⁰ HOTTOIS G., *Bioéthique*, dans *les mots de la bioéthique. Un vocabulaire encyclopédique*, col. Sciences Ethiques Sociétés, Bruxelles, De Broeck, 1993.

²¹ BONE E., *Itinéraires bioéthiques*, Bruxelles, Ciaco, 1990. P. 25.

D'après Guy DURAND²², deux tendances majeures semblent cependant caractériser l'approche définitionnelle de la bioéthique dont la première est pragmatique et la seconde est plutôt idéaliste. La tendance pragmatique est dominée par la question du consensus. Elle exige de ce point de vue un certain effort de collaboration interdisciplinaire mais aussi systémique orientée vers la prise de décision qui correspondrait, par exemple, au problème analysé. Cependant, les approches des questions suscitées par la bioéthique varient selon les disciplines et peut rendre difficile la prise de décision. En ce sens, toutes les disciplines n'ont pas la même perception des faits, ou des questions soulevées par la bioéthique. En d'autres mots, sa perspective de l'interdisciplinarité dans la démarche bioéthique peut présenter aussi des limites. Cela rend impossible de faire des concessions sur les questions de fond²³ dans la mesure où les différentes options traduisent un certain pluralisme éthique. Pour montrer ce caractère pragmatique de la bioéthique, notre auteur a jugé opportun de reprendre pour son compte l'assertion de Pierre DESCHAMPS :

La bioéthique est la science normative du comportement humain acceptable dans le domaine de la vie et de la mort²⁴.

Par contre, la tendance idéaliste se veut plutôt réflexive. Il s'agit ici d'approfondir les questions suscitées par la pratique bioéthique dans les diverses dimensions éthiques et d'arriver à des propositions qui puissent orienter l'agir humain de manière rationnelle. D'où cette approche de Jean François MALHERBE citée par Guy DURAND en ces termes :

La bioéthique c'est l'étude des normes qui doivent régir notre action dans le domaine de l'intervention technique de l'homme sur sa propre vie²⁵.

Cette approche ne vise pas seulement la vie présente, mais s'élargit sur l'avenir ainsi que sur tout ce qui concerne l'environnement social, culturel, politique et économique de l'homme. Autrement dit, la réflexion éthique ne peut se soustraire de ce qui touche directement ou indirectement à l'existence humaine de manière générale. Ceci nous permet d'envisager maintenant la différence entre bioéthique, morale et éthique parce que ces trois termes engendrent souvent des confusions.

²² Cf. DURAND G., *La bioéthique*, Paris, Cerf, 1997, p.30.

²³ Cf. DURAND G., *La bioéthique*, Paris, Cerf, 1997, p. 30. Selon ce penseur, les questions de fond sont celles qui touchent à la nature du fœtus, à la moralité de l'euthanasie...

²⁴ DURAND G., *La bioéthique*, Paris, Cerf, 1997, p.30.

²⁵ DURAND G., *La bioéthique*, Paris, Cerf, 1997, p.31.

1.3.3. Quelques précisions : morale, éthique, bioéthique

La compréhension de la bioéthique nécessite une mise en lumière de la relation entre bioéthique, morale et éthique. Cette distinction que nous voulons faire permet de préciser leur domaine d'action et d'éviter la plupart d'incompréhensions qui peuvent exister. Reconnaissons qu'il est impossible de faire l'unanimité à propos de ces termes dans la mesure où ils interfèrent dans de nombreux domaines. Dans le quotidien, ils prêtent à confusion au risque de ne plus connaître leur limite et surtout leur domaine de réflexion et d'action.

En effet, d'entrée de jeu, la morale et l'éthique semblent se situer dans la même direction. Considérées comme des notions à plusieurs significations, les deux désignent à première vue une considération régulatrice des mœurs humaines au point que leur emploi dénote d'un sens parfois semblable²⁶. Ils s'appuient sur le jugement et l'interprétation du comportement de l'humain et de son agir. Morale et éthique semblent dicter à l'homme les normes à observer pour un bon agir. L'emploi de ces termes signifie dans l'une ou l'autre tradition la manière dont les hommes se comportent, ou conforment ou non leur vie aux mœurs de la société, soit le vécu par rapport aux règles de conduite. Pour signifier ce qui les différencie, nous considérons la définition formulée par Jean BERNARD :

L'éthique est une science qui prend en considération l'ithos et l'ethos²⁷. Elle est la garantie de l'harmonie qui résulte de la bonne tenue de toute chose, de tout acte, de l'accord en somme entre l'âme et le développement. Elle suppose une action rationnelle. Elle est le propre de l'homme²⁸.

Dans ce cas, il faut comprendre que l'éthique ne se limite pas seulement aux pratiques réfléchies et volontaires par lesquelles les hommes acceptent de se fixer des règles de conduite, mais aussi cherchent à s'améliorer dans leur existence et, si possible, faire de leur vie une œuvre qui repose sur certaines valeurs positives. En d'autres termes, elle apparaît comme une réflexion structurante de la morale puisque celle-ci, c'est-à-dire la morale, est faite des valeurs et des règles d'actions ou pratiques conçues et proposées aux individus ou groupes par l'intermédiaire d'appareils prescriptifs divers comme la famille, la société etc. Par

²⁶ Il s'agit d'une question de préférence dans l'emploi des termes. Par exemple, la tradition catholique préfère parler de morale, tandis que la tradition protestante emploie le mot éthique.

²⁷ Ithos, mot grec qui signifie la tenue de l'âme, le style et l'ethos qui traduit l'ensemble des normes nées du respect de la mesure.

²⁸ BERNARD J., *La bioéthique*, Paris, Flammarion, 1994, p.9.

opposition à l'éthique, d'aucuns pensent que la morale évoque cet univers de contraintes que l'on s'administre les uns aux autres et aux conflits qui parfois en découlent²⁹.

Il est important de lire à ce niveau le contexte de l'émergence de la bioéthique pour comprendre ses préoccupations et son centre d'intérêt actuel. La personne humaine demeure le principal sujet autour duquel se développe toute réflexion bioéthique. Comme nouvelle discipline, elle s'élargit alors au-delà de la morale et de l'éthique avec des principes qui sont comme les phares de la pratique en bioéthique.

1.4. Les principes fondateurs de la bioéthique

Aborder la question des principes n'est pas sans conséquences, c'est une manière de considérer et de comprendre le fonctionnement de la bioéthique comme « *discipline* ». L'existence de nombreux principes n'est pas exclue. Nous voulons tenir compte des principes dits fondateurs qui ont marqué la naissance et la pratique de la bioéthique dès ses premiers instants. En fait, l'analyse bioéthique exige que l'on passe du raisonnement théorique aux jugements pratiques. Ils concernent des choix à faire, des décisions à prendre et des actes à poser. La mise en exergue des principes permet de spécifier ce qui détermine leur contenu et leur importance dans l'analyse des problématiques. Ces principes se basent sur une démarche empirique, c'est-à-dire à partir de la connaissance des faits réels, de la dimension singulière de l'action. C'est ce qui conduit Tom L. BEAUCHAMP et James Franklin CHILDRESS à mettre en place la théorie des quatre principes dénommée le *principism* que nous considérerons ci-dessous. D'après Jocelyne SAINT-ARNAUD :

Le '*principism*' en bioéthique est une approche originale née d'un besoin de lignes directrices pour la solution des dilemmes et conflits éthiques liés à l'avancement des sciences et des technologies, tant au niveau de la pratiques des soins que de l'expérimentation. Ce n'est pas une théorie éthique, mais un cadre méthodologique et conceptuel conçu pour apporter des repères dans la solution des problèmes moraux dans le domaine de la santé³⁰.

Soulignons que ces principes constituent le cadre théorique et standard ou encore un guide à partir duquel peut se définir l'analyse de la plupart des situations éthiques en médecine. Fondamentaux et bénéficiant presque d'un statut « canonique » dans le domaine éthique, ces quatre principes sont : l'autonomie, la bienfaisance, la non malfaisance et la justice. Que peut-on retenir de chaque principe ?

²⁹ BRUGUES J.-L., *Dictionnaire de morale catholique*, Tours, 1991.

³⁰ Selon SAINT-ARNAUD Jocelyne, dans *Approche bioéthique par principes : Fondements et critiques*, p. 65.

1.4.1. Principe d'autonomie

Par définition, la personne autonome est quelqu'un qui est libre et capable d'agir sans aucune entrave d'ordre physique, psychologique, ou mental. Elle ne subit aucune contrainte exogène. En fait, le sujet est aussi susceptible de procéder ou d'invalider son choix, son jugement. Le principe d'autonomie fait référence au droit du respect de la personne humaine. Il est beaucoup plus influencé par la théorie kantienne :

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 ³¹

Et l'utilitarisme de Mill

Poursuis toujours le plus grand bonheur de toi-même et de tout le monde, dès lors que cette quête du bonheur n'interfère pas avec le bien-être d'autrui³².

Autrement dit, l'être humain n'est pas un objet, et par conséquent, il doit être considéré et respecté dans tout ce qui le constitue comme personne. Toutes les actions doivent concourir à son bien. Mais son autonomie se dévoile comme l'expression d'une effectuation de sa liberté par rapport à ses choix. Ainsi dans le cadre du soin, le médecin est tenu d'acquiescer l'adhésion du malade appelé à subir les examens ou à recevoir les soins appropriés.

Le principe de l'autonomie se développe contre le paternalisme médical qui a longtemps prévalu dans le domaine de la santé où le médecin pouvait tout décider à la place du patient. L'objectif poursuivi est de rendre totalement le patient responsable de sa vie et de ses décisions. Nonobstant les aspects édifiants de ce principe, il a des limites que nous ne saurions développer ici, qu'il suffit cependant de penser à une situation de souffrance telle que la maladie pendant laquelle l'autonomie est remise en question. Certains questionnements surtout pour ce qui est lié aux situations des personnes en fin de vie, des personnes en état végétatif ou autres situations similaires demeurent.

1.4.2. Principe de bienfaisance

Agir pour le bien du malade constitue le fondement de ce principe de bienfaisance. Son premier intérêt vise le bien recherché pour le patient. C'est un impératif qui exige du médecin

³¹Pour KANT, le respect s'applique aux personnes et jamais aux choses : c'est donc en tant que personne que l'être humain est digne de respect. C'est aussi en tant qu'être raisonnable que l'être humain est appelé personne. Ainsi, faut-il traiter la personne comme une fin et non comme un moyen.

³² Pour MILL, respecter l'autonomie d'autrui, c'est ne pas interférer dans ses droits et agir pour renforcer l'expression de son autonomie.

de prendre soin de la personne malade sans lui infliger délibérément de tort, d'agir en fonction du plus grand bénéfice possible pour le patient³³. Ce qui est important à retenir dans ce principe c'est son double aspect. Le premier consiste à promouvoir le bien-être de l'autre, c'est-à-dire du patient ; d'où la notion de principe de bienfaisance positive. Tandis que le second cherche à établir un équilibre entre le bien à faire et le mal à éviter ou à prévenir. Ce principe de bienfaisance n'a pour but que de vouloir le bien de la personne, prévenir le mal, écarter le mal et promouvoir le bien. Son action doit être bénéfique pour le patient³⁴. Son aspect ambivalent reste son identification possible au paternalisme dans la mesure où seul le médecin serait à même de juger ce qui est bien ou mal pour le patient.

1.4.3. Principe de non-malfaisance

La non-malfaisance part d'une référence fondamentale, la tradition hippocratique dont l'engagement consiste à éviter tout préjudice intentionnel à l'égard du patient. Elle prévient dans ce cas des traitements parfois '*inutiles*' qui ne font que faire souffrir inutilement le patient. Tout doit concourir au bien de la personne à soigner. En ce sens, le principe de non-malfaisance n'est pas différent de celui de la proportionnalité puisqu'il nécessite toujours la possibilité d'apprécier le rapport à instaurer entre les risques et les avantages de l'action à mener. Cela dit, comme le pense Hubert DOUCET, un traitement qui fait souffrir inutilement le patient détourne la médecine de son sens :

Ne fais pas de mal à un patient, à moins d'en attendre un bénéfice compensatoire pour lui.³⁵

Pour plusieurs spécialistes de la question, ce principe repose sur trois éléments importants qu'il faut considérer : le concept du mal qui est ambigu à cause de ses multiples acceptions, puis le rapport entre le résultat escompté et les préjudices. En guise d'exemple, il permet de déterminer ce qui est meilleur à appliquer de ce qui ne l'est pas. Enfin, le soin requis est celui qui est administré à un patient dans un contexte qui tient compte de son état.

1.4.4. Principe de justice

Ce principe joue un rôle de premier plan parmi les principes classiques de la bioéthique. Il se penche sur la situation des plus démunis. Il vise à favoriser les plus désavantagés de la société. Par justice, on entend les justes règles d'attribution des ressources en matière de santé

³³ DURAND G., *La bioéthique*, Paris, Cerf, 1997, p. 62.

³⁴ Il se base sur le principe d'utilité ou encore de proportionnalité.

³⁵ DOUCET H., *Au pays de la bioéthique : l'éthique biomédicale aux États-Unis*, Genève, Labor et Fides, 1996, p. 87.

dans une perspective d'ensemble en éliminant au maximum toutes les discriminations possibles. C'est à ce niveau que les pauvres peuvent avoir leur place. Mais ce principe met d'avantage l'accent sur l'équité qui, de manière plus spécifique, tient compte de l'individu de manière singulière et concrète même dans son état de maladie ou de souffrance. Ce dernier est considéré et placé comme personne au même titre que celui qui ne souffre d'aucun mal. Enfin, l'autre aspect de ce principe touche la question de la justice distributive qui consiste à concéder à chaque individu de jouir pleinement de son droit. La pluralité des points de vue rend difficile la meilleure compréhension de ce principe, bien qu'il reste fondamental dans l'approche bioéthique.

Les quatre principes appelés « *principisme* » ne sont pas exempts de critiques. Bon nombre de celles-ci parlent d'un certain réductionnisme limitant ces principes uniquement au niveau de l'univers américain. Aussi, leur analyse montre les tensions qui existent entre eux, et aussi leur ambiguïté quant à l'interprétation de certaines réalités ou la signification à donner, tant comme ils ne peuvent, à eux seuls, rendre compte de la complexité de toute situation singulière³⁶. Néanmoins, nous pouvons dire que les quatre principes ont tenté d'extraire des valeurs qui peuvent orienter la démarche bioéthique pas seulement au niveau de la réflexion mais aussi dans la prise de décision, en partant des situations complexes générées par le développement de la médecine. Alors, pour éviter toute surprise ou incompréhension, se référer à ces principes doit toujours être envisagé du point de vue de leur interrelation.

1.5.Nature et méthode d'approche

Jusque là, la bioéthique n'est pas confinée à la spécialité ni à la tâche d'une 'science' proprement dite. Elle reste une distance réflexive, critique mais aussi dynamique et ouverte. Une modalité de réflexion qui s'adapte aux nouveautés scientifiques, s'intéresse aux interrogations qu'elles suscitent, et cherche à y trouver des réponses adéquates. Pour cela, la bioéthique n'est pas statique mais elle évolue en fonction des aléas de l'histoire humaine auxquels ses investigations et réflexions sont orientées afin de parvenir à des solutions ajustées et qui pourraient être à la fois prometteuses d'un avenir³⁷. Elle procède par des analyses rigoureuses, logiques, qui exigent une démarche ordonnée. Aussi, les recherches entreprises doivent être cohérentes et sans ambiguïté. Cela justifie bien l'originalité de sa démarche scientifique, celle de faire recours à plusieurs disciplines afin d'aboutir à ses

³⁶ DUPUIS M., *Le soin, une philosophie*, Paris, Seli Arslan, 2013, p. 76ss.

³⁷ DURAND G., *La bioéthique*, Paris, Cerf, 1997, p. 25.

résultats. De cette manière, elle constitue une approche authentique de la réalité biomédicale. En ce sens, la méthode bioéthique est interdisciplinaire et sa réussite tient à la participation de toutes les disciplines sans exclusion. En d'autres termes, la bioéthique est fondamentalement un champ privilégié d'une éthique de la discussion. Le débat occupe un espace non négligeable, voire essentiel au cœur de toutes les réflexions et discussions bioéthiques. Elle se positionne comme la discipline ouverte aux débats réflexifs à travers des dialogues interdisciplinaires visant à trouver des solutions aux nouvelles questions soulevées par la technoscience, avec l'objectif de protéger la vie humaine et de garantir la vie future. Elle cherche à travers les débats contradictoires de préserver la vie humaine face aux excès et aux dérives possibles des recherches et des inventions scientifiques. En cela, elle est facteur d'unification, de dialogue ou voie de consensus réflexif dans le processus de prise de décision qui la caractérise.

Conclusion

Nous venons de considérer certains principaux jalons de l'histoire et du développement de la bioéthique, de considérer ce qui a été à son origine. Et, nous nous rendons compte que, la bioéthique prend sa source dans le contexte de l'évolution technoscientifique, des mutations socio-économiques, politiques et de la révolution copernicienne dans le domaine de la santé et de la médecine après la Seconde Guerre mondiale. Elle apparaît comme une réflexion sur les nouvelles questions suscitées par le progrès rapide de la technoscience et vise, par une approche interdisciplinaire, à apporter des solutions adéquates pour la sauvegarde de l'être humain, de son environnement tant en cherchant à garantir un avenir meilleur pour les générations futures. Cet aperçu global de l'émergence de la bioéthique et son intérêt particulièrement porté sur le respect de la vie humaine, nous permettent de spécifier notre réflexion dans le chapitre suivant. Pour cela, nous voulons réfléchir à la question de l'éthique de la responsabilité développée par Bruno CADORE, un penseur contemporain, à la genèse du mouvement réflexif de la bioéthique. Notre ambition est de chercher à montrer comment toute réflexion éthique, en dépit de son aboutissement et de sa finalité, interpelle d'une manière ou d'une autre l'épineux problème de la responsabilité humaine, et en quoi l'interrogation bioéthique peut être saisie comme une modalité particulière de cette rencontre de la responsabilité.

CHAPITRE DEUXIEME

PRESENTATION DE L'ETHIQUE DE LA RESPONSABILITE CHEZ BRUNO CADORE

Introduction

Aujourd'hui, la notion de la responsabilité envahit presque toute la réflexion éthique contemporaine ; elle en constitue le noyau central. En effet, beaucoup de penseurs, notamment Emmanuel LEVINAS³⁸ et Hans JONAS³⁹, pour n'en citer que deux, ont déjà traité du problème de la responsabilité. LEVINAS a développé la notion de responsabilité selon une perspective d'éthique philosophique axée sur la phénoménologie de l'amour à travers la rencontre inter-humaine. Il montre que tout acte éthique commence par ce qu'il nomme « *l'épiphanie du visage* », cette rencontre de l'autre qui m'oblige à devenir responsable de lui. JONAS, quant à lui, aborde la même question de la responsabilité sous l'angle de la philosophie morale visant l'agir humain, particulièrement dans le domaine technologique. Il tente d'apporter, de par sa réflexion, une réponse aux problèmes que pose la civilisation technoscientifique actuelle, notamment celui de l'environnement et du génie génétique. Pour JONAS, et pour le dire très rapidement, la responsabilité consiste à préserver l'existence humaine contre les méfaits de la technoscience et à garantir un mieux être aux générations futures. Sa notion de responsabilité s'étend dans la durée.

L'approche de la responsabilité chez CADORE, que nous proposons d'étudier dans ce chapitre, est bien différente des deux précédentes. Et c'est ce qui a motivé notre choix. En effet, son éthique de responsabilité, que nous allons analyser, s'inscrit dans une démarche bioéthique, développée particulièrement dans le domaine clinique, c'est-à-dire d'une pratique médicale bien définie. CADORE veut montrer en quoi la pratique médicale peut être pensée comme une typologie de responsabilité. Pour prétendre à une compréhension de son approche, nous allons, à partir d'une lecture croisée de son œuvre '*l'expérience bioéthique de la responsabilité*'⁴⁰, présenter les grandes articulations de sa pensée. Ce qui signifie que nous tenterons de ressortir, à partir de cet ouvrage résultant de sa thèse de doctorat en théologie, son approche conceptuelle de l'éthique de la responsabilité. Mais avant cela, nous pensons

³⁸ Cf. LEVINAS E., *Totalité et infini. Essai sur l'extériorité*, Nijhoff, La Haye, 1961 consulté sur <http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html>, le 6 juin 2013 à 8h25.

³⁹ Cf. JONAS H., *Le principe de la responsabilité : une éthique pour la civilisation technologique*, col. Passages, Paris, Cerf, 1990.

⁴⁰ CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994.

qu'il est nécessaire de faire une brève présentation de l'auteur, et de donner sa conception de bioéthique de manière générale.

2.1. Présentation de l'auteur

Bruno CADORE est né au Creusot en 1954 en France d'un père d'origine antillaise et d'une mère française de la région de Bourguignon. Après sa thèse de doctorat en médecine en 1979 à Strasbourg sur « *Les leucémies à cellules dites d'aspect lymphosarcomateux chez l'enfant* », il décide d'entrer au noviciat chez les Dominicains. Une orientation de sa vie qui semble bouleverser tous ses proches et les laisse stupéfaits. A cet effet, Joseph BATAILLE dit de la détermination de CADORE dans un de ses articles :

Mais convaincu de sa vocation, il ne s'est pas laissé influencer ni par sa carrière de médecin talentueux et consciencieux avec une approche plus humaine des patients, ni par les dires de son entourage⁴¹.

Une fois ce temps de formation terminé, il demande d'aller en coopération en Haïti où il va travailler pendant deux ans auprès d'une population défavorisée.

Après une formation médicale en CHU somme toute bourgeoise, ce fut comme si, auprès de ses populations misérables et opprimées, oubliées de tous, j'avais non pas changé de camp, mais comme si j'étais passé sur l'autre rive, avec un autre point de vue sur l'existence. Rentrant en France, je n'avais qu'une envie : retourner soigner les Haïtiens⁴², dira t-il !

Cette expérience a été très fondatrice pour Bruno CADORE. Il s'est découvert une véritable passion pour soulager la souffrance des personnes délaissées. Sa vie de soignant dans les milieux hospitaliers l'a conduit au chevet des malades et lui a permis de nouer des contacts avec certains de ses patients. Et tout cela a été pour lui une source d'inspiration et surtout de questionnement sur le sens de la vie et de l'existence. Ou encore, peut-on dire que cela constituait presque pour lui un leitmotiv dans une dynamique de réflexion tout au long de ses années d'études théologiques.

Face à la pluralité des questions éthiques, CADORE inscrit sa réflexion éthique au cœur de la pratique médicale hospitalière. Il pose en particulier les fondements de ce qu'il appellera plus tard 'l'éthique contextuelle' à partir des questions suscitées par les réalités cliniques. Mais qu'en est-il exactement de sa conception de la bioéthique ?

⁴¹ [http:// www.lavie.fr/bruno-cadore-l-elan-et-l-exigence-02-11-2010-11185](http://www.lavie.fr/bruno-cadore-l-elan-et-l-exigence-02-11-2010-11185), page consultée le 8 juillet 2013.

⁴² Idem

2.2. Son approche conceptuelle de la bioéthique

CADORE situe son approche de la bioéthique au cœur de la biomédecine. A la suite de Jean-François MALHERBE, il met en relief le bien fondé de la biomédecine, reprenant ainsi à son compte l'un des intérêts de cette dernière:

L'éthique biomédicale cherchait à déterminer les conditions auxquelles les progrès technoscientifiques en biomédecine pouvaient servir l'homme et non l'asservir⁴³.

L'éthique biomédicale est à comprendre comme un regard critique porté sur les innovations de la technoscience. Cette prise de conscience fait dorénavant de l'être humain un sujet et non un objet pour la manipulation en biomédecine. Sujet parce qu'il fait preuve de sa raison en ayant son point de vue sur les inventions de la biomédecine et leurs applications. Le temps du paternalisme médical où le médecin décidait tout à la place du patient est révolu. Le patient est maintenant associé aux décisions qui le concernent directement au point de vue de sa santé. Cette avancée fait de la biomédecine l'un des espaces où la raison humaine peut aussi trouver son compte. Ceci rejoint l'une des préoccupations de CADORE qui, dans son ouvrage intitulé *l'éthique clinique comme philosophie contextuelle*, montre clairement comment la raison doit investir le domaine de la biomédecine pour le bien de l'homme :

De ce fait, la biomédecine devient l'un des domaines de l'activité humaine qui appelle à une réflexion critique sur l'ambition de progrès efficace, selon laquelle se déploie la science⁴⁴.

Fort de cette perspective biomédicale, se précise la conception de la bioéthique chez CADORE. A l'encontre des affirmations trop généralistes qui définissent la bioéthique comme étant *une nouvelle discipline, une science*, ou encore *une éthique nouvelle*, CADORE, considérant les questions posées par la biomédecine, situe la bioéthique au croisement des disciplines scientifiques sans oublier les autres disciplines⁴⁵. En effet, ce qui est déterminant chez CADORE pour arriver à cette acception de la bioéthique, c'est la prise en compte des progrès technoscientifiques et de leur application sur l'être humain même si elle suscite d'innombrables questions. Il écrit en ce sens :

⁴³ CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p. 21

⁴⁴ CADORE B., *L'éthique clinique comme philosophie contextuelle*, Québec, Fides, 1997, p. 7

⁴⁵ CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p. 21. L'auteur cite certaines de ces disciplines en technosciences (médecine, biologie, et leurs diverses spécialités), en sciences humaines (sociologie, économie, psychologie), et à d'autres disciplines (éthique, droit, philosophie et théologie).

Chemin faisant, la conjonction, d'une part, de l'acquisition de connaissances nouvelles sur l'humain en sa constitution biologique (et psychique) et, d'autre part, des efforts d'intervention efficace sur le cours de l'existence humaine et de la morbidité a induit des questions toutes nouvelles, dont la portée éthique invite à mettre en œuvre un nouveau mode de réflexion sur les conditions de validité qu'il conviendrait de donner au développement biomédical, compte tenu de ces mutations⁴⁶.

Ce nouveau mode de réflexion ne doit pas être exclusif mais plutôt inclusif c'est-à-dire ouvert à d'autres apports, à d'autres compétences. Il se déploie en collaboration avec d'autres disciplines. Cet aspect d'interdisciplinarité est qualifié par CADORE de la '*collaboration de multiples compétences*'⁴⁷ dans le champ de la bioéthique. Prenant acte de cette interdisciplinarité déjà soutenue par ses nombreux devanciers depuis la genèse de la bioéthique, il affirme pour sa part que:

La bioéthique est une méthode de recherche interdisciplinaire mise en œuvre dans la visée de mener une réflexion éthique et de construire un savoir théorico-pratique à propos des questions posées à l'homme et aux sociétés par les progrès de la biomédecine. Dans cette ligne, l'enjeu de la bioéthique apparaît donc être celui d'une approche globale de la connaissance par laquelle rationalité scientifique et rationalité éthique chercheront à se rejoindre⁴⁸

De cette définition, que peut-on retenir de l'approche bioéthique de CADORE ? D'une manière générale, l'auteur considère la bioéthique comme une distance réflexive, une méthode de recherche qui, à travers des réflexions croisées de plusieurs disciplines, tente d'apporter des réponses ou de proposer des solutions aux problèmes nouveaux de la biomédecine. Sa particularité est de devoir prendre acte du fait que l'objet de son interrogation est aussi l'objet habituel des autres disciplines. Ainsi dans le débat bioéthique, chacune de ces disciplines apporte sa contribution, le dialogue qu'elle entretient avec d'autres l'oblige à rendre compte de ses propres fondements. Comme le souligne l'auteur,

La complémentarité de ces approches multiples ne tient donc pas seulement aux éclairages différents projetés sur une même réalité, mais bien à cette nécessaire conversation des fondements de diverses disciplines qui sont ainsi engagées dans un même travail d'élucidation du problème posé⁴⁹.

La bioéthique renvoie de la sorte, selon CADORE, à une approche rationnelle inscrite dans la clinique. Ceci ouvre une nouvelle perspective, celle de l'éthique clinique. Ce fait va

⁴⁶ CADORE B., *L'éthique clinique comme philosophie contextuelle*, Québec, Fides, 1997, p. 5-6.

⁴⁷ CADORE B., *L'éthique clinique comme philosophie contextuelle*, Québec, Fides, 1997, p.6.

⁴⁸ CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p. 22.

⁴⁹ CADORE B., *L'argument de la dignité humaine en éthique biomédicale*, dans *Revue d'éthique et de théologie morale* « Le supplément », 191 (décembre 1994), p. 73-9.

lui permettre d'introduire une nouvelle approche au cœur de la bioéthique et d'en dégager de nouveaux défis pour celle-ci.

2.3. Les défis de la bioéthique contemporaine

Après avoir présenté l'approche globale de bioéthique, il est important de considérer dans un deuxième temps comment Bruno CADORE aborde, à sa manière, la question de la bioéthique. L'auteur pose les jalons de sa réflexion bioéthique à partir de ce qu'il considère comme les *pôles constitutifs* définissant un cadre pour l'élaboration de sa démarche bioéthique⁵⁰.

Il est en effet important de montrer comment le questionnement éthique provoqué par les nouvelles pratiques et recherches en biomédecine s'inscrit dans la tradition de la réflexion éthique mais en même temps la déplace, parce qu'elle l'oblige à intégrer dans son propos les nouvelles conditions d'exercice du pouvoir de l'homme sur lui-même. Plus qu'un discernement sur les actes médicaux ponctuellement posés à partir du discernement d'une situation de fait, la réflexion bioéthique nous semble devoir intégrer cette nouveauté et considérer ces actes dans le contexte plus général de l'action biomédicale⁵¹.

En effet, il s'agit de montrer comment quelques pôles de l'expérience biomédicale contemporaine permettent de déterminer l'émergence de la question bioéthique⁵² chez CADORE. De ces jalons, l'auteur en présente trois que nous allons évoquer de manière succincte, tant la pensée de l'auteur est complexe, mais de manière suffisante pour l'appréhender au mieux le lien d'inscription de sa propre pensée. Il s'agit de l'éveil de la raison, la confrontation avec la souffrance, le projet de santé.

2.3.1. L'exigence de la raison dans la réflexion bioéthique

L'avènement de la bioéthique a apporté une « révolution » dans une façon de recourir à la raison humaine. Dans un contexte de progrès biomédical, l'être humain se sent interpellé par ces innovations et doit avoir un regard critique sur les actes posés par la biomédecine.

⁵⁰ CADORE B, *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p.37.

⁵¹ CADORE B, *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p. 37.

⁵² CADORE B, *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p. 37.

La pratique et la recherche techno-médicales sont sans aucun doute des lieux où les capacités inventives et les progrès de la connaissance conduisent l'homme à se révéler à lui-même les interrogations et exigences de sa capacité éthique à partir de laquelle il tâche d'exercer sa responsabilité⁵³.

En effet, l'homme s'interroge sur les pratiques biomédicales, sur leurs conséquences et leurs résultats. Il contribue ainsi à sa survie et à la vie des générations à venir contre les éventuels scandales et les dérives de la technoscience, ce que nous avons déjà mentionné dans la première partie avec Guy DURAND⁵⁴. Cependant, il doit aussi chercher à être à la hauteur de ces nouvelles connaissances techno-médicales afin de bien ordonner son action. Cela dit,

Face à de nouvelles connaissances et à de nouvelles possibilités pour l'action, l'homme est un être qui a capacité d'en mesurer les enjeux éthiques et d'ordonner son action à cette évaluation. Sollicité par ces nouvelles possibilités, l'être humain exerce sa créativité lorsque, évaluant l'éthicité des actions qui se présentent à sa décision, il cherche à développer de manière conjointe son inventivité technoscientifique en même temps que sa capacité éthique.⁵⁵

CADORE souligne par là toute l'ampleur de la dimension éthique de l'être humain dans le domaine de la biomédecine. Ceci dit, au cœur de ces nouvelles connaissances biomédicales, l'homme reste responsable parce qu'il en est le sujet éthique, et donc capable d'apprécier à leur juste valeur l'objectif et la finalité de la technoscience.

2.3.2. La confrontation avec la souffrance

CADORE évoque la souffrance comme l'un des pôles structurants de la réflexion bioéthique⁵⁶. En effet, dans la pratique clinique, la souffrance traduit l'expérience d'un manque, d'une crise de l'humanité d'un être humain pris par la maladie. Elle traduit également un état de précarité qui sollicite l'intervention d'un autre, notamment du soignant.

La souffrance de l'homme se présente comme la réalité à laquelle il s'agit de faire face, qui vient rappeler au « savant » l'exigence des limites objectives de son pouvoir. Mais, en même temps qu'elle rappelle ces limites, la souffrance du semblable en appelle à l'exercice d'une rationalité biomédicale qui cherche à se mettre, au service d'une telle expérience de déchirure et de tension vers l'unité⁵⁷.

⁵³ CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p.38.

⁵⁴ Cf. DURAND G., *La bioéthique*, Paris, Cerf, 1997, p. 9.

⁵⁵ CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p. 56.

⁵⁶ CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p. 46.

⁵⁷ CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p.52.

La souffrance appelle en fait un acte de soin qui est le lieu de l'exercice de la rationalité biomédicale. Et c'est en ce lieu précis que la biomédecine affronte cette réalité de l'existence de la vie humaine dans sa fondamentale fragilité. Pour dire, la souffrance est une expérience singulière. Elle interpelle la rationalité du soignant et la technique biomédicale. Cependant, la technique présente parfois des limites puisqu'elle scrute juste ce qui est apparent, visible de la souffrance. Mais la dimension subjective du souffrant qui est le centre de son expérience reste un espace quasiment impossible à percevoir et à rencontrer. Nous y reviendrons lorsque nous traiterons ultérieurement de la notion d'excès de responsabilité développée par l'auteur.

2.3.3. Le projet de la santé

Pour CADORE, la confrontation à la réalité de souffrance joue un rôle important dans la dynamique et l'élaboration d'un « projet de production de la santé »⁵⁸, cette expression est à entendre comme *l'action de restauration ponctuelle d'un état de santé idéal*⁵⁹. En effet, tout doit être fait pour que perdue par la souffrance, la santé doit être restaurée, retrouvée. Car, la santé est un des lieux de la maturation éthique de l'humanité, même si elle est devenue également objet de la science⁶⁰. Objet de science parce qu'elle est assimilée au produit de consommation, dans le sens des capacités de modifier des aspects essentiels de l'être humain, des interventions et des recherches excédant la visée proprement thérapeutique etc.⁶¹ En effet, le projet de santé doit prendre en compte non seulement l'être souffrant dans toute sa globalité, mais de plus, ne peut pas se limiter à l'aspect de la douleur qui aliène la personne. La santé doit avoir une considération holistique de l'être humain souffrant. Car,

Il n'y a donc ni seulement un corps, ni seulement une douleur physique à soigner, mais une personne dont le soin est irréalisable en dehors d'une relation interpersonnelle authentique⁶².

Pour dire que la santé n'est pas seulement liée à la médecine, puisque d'autres paramètres sont aussi à considérer afin de permettre l'amélioration des conditions de l'homme

⁵⁸ CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p.58.

⁵⁹ CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p. 58.

⁶⁰ CADORE B., *Questions éthiques et exercice médical*, dans *Revue d'éthique et de théologie morale* « Le supplément », 178 (septembre 1991), p. 25-40.

⁶¹ HOTTOIS G., et MISSA J.-N., (éd), *Nouvelle encyclopédie de bioéthique, médecin, environnement, biotechnologie*, Bruxelles, De Boeck Université, 2001, p. 131.

⁶² CADORE B., *Pour recentrer la question éthique*, in JACQUEMIN D. et De BROUCKER D., (éd), *Manuel de soins palliatifs*, Paris, Dunod, 3^e Edition, 2009, p. 878.

souffrant. Pour ce faire, la souffrance doit être prise et traitée dans toutes ses différentes dimensions.

Ces principaux défis que nous venons de considérer mettent en lumière l'horizon spécifique de CADORE pour penser la signification de l'interrogation bioéthique. Ils sont constitutifs de son approche bioéthique. Ainsi présentés, ils permettent de comprendre les questionnements éthiques et de repérer les lieux privilégiés de la réflexion de CADORE. C'est pourquoi nous allons maintenant souligner les aspects fondamentaux de la « pensée bioéthique » de l'auteur.

2.4. Itinéraire d'une éthique de la responsabilité selon CADORE.

Il est question dans cette partie de découvrir la conception de la bioéthique chez CADORE, et les enjeux de cette conception. Trois aspects conduiront notre analyse. Il s'agit d'abord de pratique clinique, puis de la dynamique de la relation à l'autre, et enfin de la question de la responsabilité.

2.4.1. L'éthique clinique, contexte d'une éthique contemporaine

Bruno CADORE est l'un des penseurs incontournables des questions bioéthiques en milieu médical. Ses réflexions et analyses font de lui un penseur attentif aux interrogations suscitées par la biomédecine. En effet, ses nombreuses expériences en milieu médical, plus particulièrement dans les pratiques cliniques, suscitent en lui l'intuition de penser la clinique comme le lieu d'une véritable émergence de la bioéthique contemporaine. En souscrivant à la pensée de Georges CANGUILHEM qui estime que la particularité de la médecine est d'être une « *science appliquée* »⁶³, CADORE écrit à ce sujet :

La pratique clinique se trouve bien souvent au plein cœur de la boucle théorie/pratique. Il arrive ainsi fréquemment que les questions débattues dans les cercles de réflexion bioéthique se trouvent déjà présentées dans la pratique clinique. C'est à ce point de croisement que s'établissent les pratiques d'éthique clinique, entre l'observation d'une pratique concrète et son interprétation dans l'ordre philosophique et éthique⁶⁴.

Cette affirmation montre bien la justesse de l'intérêt que l'auteur accorde à la pratique clinique comme lieu de surgissement des questionnements bioéthiques. A en croire CADORE,

⁶³ CANGUILHEM G., « Le statut épistémologique de la médecine », revue *Histoire, Philosophie, Science et vie*, 10, suppl. (1988), p. 15-20 in CADORE BRUNO, *L'éthique clinique comme philosophie contextuelle*, Québec, Fides, 1997, p.6.

⁶⁴ CADORE B., *L'éthique clinique comme philosophie contextuelle*, Québec, Fides, 1997, p.6.

la clinique apparaît comme un temps, un moment que l'on peut qualifier d'ultime tant pour le souffrant en quête d'un possible soin, que pour le soignant appelé à faire de son mieux pour offrir un accompagnement juste et équilibré au souffrant. Il s'agit d'un accompagnement qui aide le patient à ne pas toujours penser à sa souffrance, mais à trouver aussi un équilibre en acceptant cette souffrance. Nul ne peut douter du fait que la pratique clinique est parfois entachée d'incertitude et de surprise. C'est aussi le lieu où l'existence humaine se trouve confrontée aux progrès de la biomédecine dans la mesure où le recours à une application biomédicale est un moyen mis pour la recherche de solution efficace. Car, l'évolution de la biomédecine permet d'objectiver la maladie, de conduire à une grande efficacité thérapeutique⁶⁵, si possible. Mais l'éventuel risque serait de considérer le souffrant uniquement sous l'angle de sa maladie, en oubliant ce qui le constitue pleinement, c'est-à-dire sa dignité, son autonomie voire le respect qui lui est dû. Pour éviter cette dérive, le souffrant doit être pris en compte dans toute sa globalité en tant que personne et non simplement comme objet d'une technicisation médicale.

Par ailleurs, il convient de noter que la pratique clinique reste le lieu de la confrontation aux souffrances. Dans une pratique clinique, le soignant se confronte à la souffrance d'autrui et se situe également face à son expérience personnelle de celui qui rencontre la souffrance d'autrui. CADORE le signifie en ces termes :

L'expérience de la souffrance est toujours un événement personnel, même s'il est vécu au cœur d'une équipe ou d'une organisation de soins par la rencontre d'une personne malade, première concernée par cette expérience de la souffrance⁶⁶.

Voilà ce qui explicite la situation singulière de la souffrance dans un contexte clinique de soin. A travers la souffrance, le soignant touche la réalité d'un semblable malade en situation d'impuissance et de vulnérabilité ; une situation qui l'interpelle et crée une dynamique de relation entre lui et le patient.

2.4.2. La dynamique de relation, surgissement du visage d'autrui

La réalité de la relation joue un rôle important dans l'éthique clinique telle que conçue par CADORE. En effet, parler de la dynamique de la relation, comme surgissement du visage d'autrui, c'est évoquer la relation du soignant avec le souffrant, c'est chercher à comprendre

⁶⁵ CADORE B., *Pour recentrer la question éthique*, in JACQUEMIN D. et De BROUCKERE D., (éd), *Manuel de soins palliatifs*, Paris, Dunod, 3^e Edition, 2009, p. 872.

⁶⁶ BOITTE. P., CADORE. B., JACQUEMIN. D., ZORRILLA. S., *Pour une bioéthique clinique*, France, Presses Universitaires du Septentrion, 2002, p. 143.

comment la souffrance de l'autre me sollicite. Elle place le patient et le soignant dans une relation intersubjective. Pour ce faire, nous tenterons d'aborder la question de la souffrance en trois aspects : la souffrance comme mise en cause de l'autonomie du sujet, l'intolérable souffrance, et enfin la dynamique de la créativité éthique.

2.4.2.1. La souffrance, une mise en cause de l'autonomie du sujet

Il est difficile de définir de manière exhaustive la souffrance. Cependant, toute souffrance affecte d'une certaine manière l'autonomie de la personne. En effet, selon CADORE,

L'autonomie désigne la capacité, la possibilité, pour un être humain de se donner à soi-même des critères d'existence, mettant en œuvre la globalité de sa personne dans sa tridimensionnalité organique, psychique et symbolique, et tenant compte d'une situation donnée.⁶⁷

La perspective de CADORE met en relief comment l'autonomie est compromise au cœur de l'expérience de la souffrance. La souffrance affecte le souffrant et aliène les dimensions de son existence. Cette mise en cause de l'autonomie par la souffrance est vue comme un moment d'aliénation pour le sujet, un temps de délocalisation de soi parce que le souffrant n'a plus l'image qu'il avait de lui-même⁶⁸. Il n'a pas d'emprise sur son corps, ni sur son mental comme faculté de réfléchir, et enfin sur sa capacité de s'inventer une histoire pour sa vie. Il fait alors l'expérience de son impuissance, de sa vulnérabilité et de son incapacité. Et CADORE le souligne en disant que le premier « dérangement » provoqué par la souffrance est peut-être que l'homme se découvre passif, vulnérable face à l'inassumable⁶⁹.

Cette difficile situation de souffrance tient en échec l'autonomie du souffrant devenant incapable de s'occuper de lui-même. Elle rend ainsi impossible la mise en acte autonome de soi, y compris dans l'évaluation rationnelle, critique de sa propre existence. Néanmoins, elle sert de médiation, de relation, de rencontre entre le sujet souffrant et le soignant, pour devenir le lieu d'une visée éthique.

⁶⁷ CADORE B., *Pour recentrer la question éthique*, in JACQUEMIN D. et De BROUCKER D., (éd), *Manuel de soins palliatifs*, Paris, Dunod, 3^e Edition, 2009, p. 879.

⁶⁸ CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p.51.

⁶⁹ CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p.51.

2.4.2.2. La possible visée éthique de relation avec le souffrant

La mise en cause de l'autonomie du souffrant par la souffrance laisse entrevoir la question de confrontation avec la souffrance d'autrui. Ici, on entend par la confrontation, l'éventuelle relation que la souffrance suscite entre le soignant et le souffrant. En effet, pour CADORE, il y a dans cette confrontation une visée possible pour l'éthique clinique. Il part d'un présupposé qui reste bien discutable ou critiquable en bioéthique, mais qui mérite d'être soulignée:

Si la réflexion bioéthique affronte les enjeux de la techno-médicale, le lieu premier de cette interrogation reste sans doute la souffrance de l'homme qui appelle son semblable à mettre en œuvre les moyens adaptés pour soulager et, si possible, guérir⁷⁰.

Une telle affirmation présente des limites puisque la souffrance d'autrui n'est pas l'unique lieu de l'interrogation éthique, puisque les questions suggérées par la bioéthique sont aussi transversales, mises au jour par son caractère pluridisciplinaire. Mais ce qui nous paraît important et qui s'avère être l'axe central de cette assertion, c'est cet appel émis par ce cri que la souffrance lance à l'endroit du soignant. Au cœur de la pratique clinique, on se rend compte que la souffrance du patient est une véritable interpellation, une sollicitude pour l'autre, c'est-à-dire pour le soignant.

Dans une situation (de souffrance) souvent décrite comme celle de la non réciprocité, un homme souffrant en appelle à la sollicitude de son semblable auquel il se confie. Pour ce dernier, il s'agit de puiser en lui-même des ressources de sollicitude que peut-être il ignorait et de rééquilibrer ainsi, par un surcroît de gratuité, la relation inégale établie.⁷¹

L'attention à la souffrance d'autrui fait révéler qu'un être humain ne peut pas être laissé seul dans cette épreuve existentielle qu'il est en train de traverser. Il y a comme un devoir fondamental de tout être humain à l'égard de la souffrance d'autrui. Ce devoir s'exprime en un sentiment de non-indifférence face à autrui souffrant. En d'autres termes, la souffrance d'autrui crée le sentiment de se sentir affecté et sollicité par la situation singulière que le souffrant est en train de vivre. Pour dire finalement que

⁷⁰ CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p. 46.

⁷¹ CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p. 56.

C'est dans cette souffrance pour la souffrance de l'autre que naît l'interhumain, qui désigne comme la compassion la tâche de l'humain⁷².

La souffrance sert de médiation, en établissant une relation qui favorise la communication entre le patient et le soignant. Bien qu'elle paraisse « inégale », cette relation, parce que le souffrant en situation de vulnérabilité attend de l'autre une proximité qui puisse correspondre à la souffrance. C'est de cette relation suscitée par autrui dans sa souffrance, et de ce mouvement de non-indifférence de la part du soignant face à cette même souffrance, que va naître le concept de l'excès de la responsabilité en éthique chez CADORE.

2.5. La responsabilité éthique selon CADORE

L'intérêt de cette partie est de montrer la notion de responsabilité dans la perspective bioéthique chez CADORE. Il s'agit de voir comment l'auteur conçoit cette notion. Après une définition de la notion de responsabilité, nous analyserons sa dimension éthique. Nous tenterons ensuite de comprendre, à partir de l'auteur, comment peut s'articuler la responsabilité dans une démarche bioéthique.

2.5.1. Une approche conceptuelle de l'éthique de responsabilité

Généralement et précisément dans le contexte juridique, la notion de responsabilité évoque la condition subjective de l'individu capable de répondre de ses actes. Alors, est responsable quelqu'un qui répond de ses actes et en assume les conséquences en toute conscience délibérée⁷³. Tandis que dans la perspective bioéthique, parler de l'éthique de responsabilité c'est se référer à un domaine précis, à une situation particulière. En effet, l'éthique de responsabilité traduit le fait que, face à une situation singulière donnée, le sujet s'autodétermine de par sa capacité d'assumer la portée de ses actes et de prendre les décisions qui s'imposent. C'est une éthique qui détermine la décision à prendre et les conséquences de l'acte posé. Notons qu'il s'agit de situations inattendues en clinique dont l'ampleur se révèle comme une convocation pour l'agir du praticien. L'acte est sans contrainte. La définition que donne CADORE à ce sujet est assez éclairante :

⁷² CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p. 52.

⁷³ VILLEY M., *Esquisse historique sur le mot responsable*, dans *Archives de philosophie du Droit*, 22 (1977), Paris, Sirey, p. 45-58.

La responsabilité éthique est entendue comme celle qu'il s'agit d'assumer quand, face à une situation singulière, il faut prendre une décision selon la démarche bioéthique habituellement décrite⁷⁴.

De cette assertion, CADORE reste dans sa logique de l'approche clinique. L'action éthique n'a de sens que quand elle est justifiée par l'implication consciente et l'engagement libre du sujet qui la pose. Cela veut dire que le sujet est bien conscient de ce qu'il fait et, par conséquent, aucun élément de son acte ne doit lui échapper. En parlant du sujet, il est important de préciser qu'il peut s'agir d'une personne, le soignant, ou d'un groupe de personnes, c'est à dire une équipe de soin médical.

2.5.2. La dimension éthique de la responsabilité

A partir d'une expérience en pratique médicale, CADORE définit le cadre de la responsabilité, pour montrer ce qu'il qualifie d'« *excès de la responsabilité* », ensuite de la responsabilité dans une démarche bioéthique.

2.5.2.1. Le cadre systémique de la responsabilité

L'éthique de la responsabilité nécessite un cadre systémique de compréhension. CADORE pense que la responsabilité est liée à l'expérience existentielle de l'homme,

Même si l'on voulait maintenir une compréhension de cette notion dans son lien étroit avec le champ juridique et déontologique, dans le domaine de la santé, il convient de souligner que la responsabilité est aussi de l'ordre de l'expérience existentielle de l'homme⁷⁵.

Cette affirmation laisse entrevoir l'idée selon laquelle la responsabilité découle d'un profond sentiment d'avoir à faire face à une situation délicate, puisqu'il s'agit toujours de la rencontre et de la prise en charge d'un autre humain. En effet, pour CADORE, l'expérience existentielle ne peut laisser le soignant indifférent puisqu'elle lui permet de s'engager avec détermination dans la recherche de solution face à situation préoccupante. Elle reste, dans ce cas, très significative pour la responsabilité du soignant.

Le sentiment subjectif d'être investi par la nécessité de « répondre » d'une situation et des personnes qui y sont impliquées, sans avoir pour autant à rendre des comptes objectifs concernant des décisions

⁷⁴CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p. 83.

⁷⁵CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p. 84

intentionnelles et précises ayant induit cette situation et qui n'auraient pas été délibérément voulues par le sujet⁷⁶.

Prise pour un sentiment qui s'exprime à un moment précis, l'expérience est caractérisée par une double tension. D'un côté, on trouve l'objectivité de la situation qui se présente avec tout ce qui la constitue, c'est-à-dire ses implications, ses causes et conséquences, puisque c'est cette situation de souffrance qui est source d'interpellation pour le sujet. L'individu est alors amené à faire preuve d'une décision juste qui l'engage de manière objective. Tandis que, de l'autre côté, on est face à la subjectivité de l'expérience. Celle-ci vise le lien entre la dimension éthique de l'existence du souffrant et la réalité des enjeux éthiques d'une situation collective ou personnelle. Dans ce cas,

Le discernement éthique doit donc affronter cette tension, et c'est sa difficulté la plus grande, en faisant à la fois la part au jugement objectif d'une situation et au respect des personnes qui y sont engagés, tenant compte du processus de leur maturation éthique⁷⁷.

En raison de la capacité qui le détermine comme sujet éthique, capacité d'agir et de décider sans contrainte, l'homme prend conscience de la responsabilité qu'il a par rapport à lui-même et à l'épanouissement de sa propre personnalité. Finalement, le cadre systémique de la responsabilité est fondamentalement l'homme mais pris dans une situation singulière qui l'interpelle et le soumet à la prise d'une décision responsable. Cette expérience conduira CADORE à penser l'excès de la responsabilité ainsi que ses caractéristiques.

2.5.2.2. La notion de l'excès de responsabilité chez CADORE

Pour justifier ce qu'il qualifie par la notion d'*'excès de la responsabilité'*, CADORE part des critiques des principes classiques de la bioéthique. En effet, pour CADORE, *'l'excès de la responsabilité'* désigne l'ampleur d'une situation qui nécessite la réponse urgente du praticien. On peut penser, par exemple, à une situation de maladie inattendue dont l'intensité ou la gravité s'annonce à titre d'un appel éthique reçu.

Il est en effet souvent frappant, dans les pratiques actuelles de soins de santé, de constater l'ampleur de ce dont il faut répondre, qu'on ait ou non disposé des moyens d'en prendre par avance la mesure. Nous proposons de désigner cette expérience comme celle d'un « excès de responsabilité », non pour mettre en

⁷⁶ CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p. 84.

⁷⁷ CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p. 85.

cause une ampleur trop grande mais plutôt pour souligner l'intensité de l'appel éthique qui aujourd'hui convoque les praticiens et les chercheurs dans le domaine de la santé⁷⁸.

En d'autres termes, le praticien ou le professionnel de santé se trouve devant un cas d'urgence de soin auquel il ne s'attendait pas. Il se laisse toucher par l'appel de l'autre souffrant, et reconnaît sa responsabilité envers lui. Pour dire en d'autres mots, ce cas auquel il se confronte se révèle à lui en termes d'une demande confiante adressée à sa capacité de responsabilité⁷⁹. Par conséquent, la réponse attendue par le souffrant sera marquée par une double exigence, rencontre et responsabilité pour reprendre CADORE,

D'une part, elle consiste à « se rendre responsable » de quelqu'un, de répondre de lui en répondant à son appel : la situation extrême est celle de l'obligation de réponse face à une personne en danger. Mais d'autre part, il s'agit aussi pour le praticien de répondre devant quelqu'un des actions qu'il va poser⁸⁰.

L'excès provient de cette rencontre du soignant face à la situation d'extrême fragilité du patient, laquelle sollicite ou convoque sa responsabilité. Le soignant est ainsi assigné à l'acceptation d'une incertitude de la pratique qui ne répondrait pas forcément à l'attente du souffrant mais aussi à la responsabilité qu'il assume d'avoir à orienter de manière décisive une pratique médicale. Comme le mentionne CADORE, il y a excès de responsabilité puisque le champ est sans cesse en extension, au-delà des limites des compétences professionnelles et que la confrontation avec la situation conduit le soignant devant des interrogations qui dépassent le cadre de sa compétence professionnelle.

2.5.2.3. Les caractéristiques de la responsabilité chez CADORE

En abordant les caractéristiques de la responsabilité éthique, l'auteur s'inscrit dans une logique de remise en question des principes fondamentaux de la bioéthique, ces derniers ne peuvent à eux seuls rendre compte des dimensions éthiques soit de la situation que de la réponse professionnelle qu'elle suscite. L'excès de responsabilité apparaît comme le dévoilement des limites de ces principes. Ainsi, chaque critique liée à un principe met en évidence la fragilité du principe concerné. Les critiques avancées sont relatives aux principes développés.

⁷⁸ CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p. 98.

⁷⁹ Cf. CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p.98-99.

⁸⁰ CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p.99.

2.5.2.3.1. L'excès de la bienveillance

La souffrance d'un malade résonne en un cri de sollicitude à l'égard du soignant. Cela dit, la confrontation à la souffrance du patient provoque d'une certaine manière la souffrance du praticien. De part et d'autre, il y a une similitude fondamentale du soignant et du patient, en ce sens que les deux se trouvent dans un contexte de fragilité, de vulnérabilité. Le soignant et le patient attendent impatiemment une possible solution. Cependant, l'exigence du soignant est de privilégier la fragilité du patient⁸¹ qui suscite en lui ce sentiment de non-indifférence en face de la souffrance d'autrui. Il s'agit là d'une relation asymétrique, puisque, l'état du patient s'impose au soignant en sollicitant de sa part son engagement comme humain. L'enjeu d'une telle relation peut s'étendre à un double sens. Dans un premier temps, elle permet de respecter le patient et le soignant dans leur différence mais aussi en tant que personne singulière à travers leurs grandeurs et fragilités⁸². Dans le second, elle permet à chacun, essentiellement le patient et le soignant, d'impliquer leur responsabilité en vue d'un soin efficace. Toujours est-il que ce que le soignant offre au patient dans cette situation singulière peut paraître insuffisant face à sa souffrance.

2.5.2.3.2. L'excès de l'autonomie

Ici, on remarque deux niveaux appelés respectivement les champs de « *micro-décision* » et de « *macro-décision* »⁸³. Au niveau de la micro-décision, CADORE songe à l'implication du praticien et du patient dans une prise de décision suite à une relation de confiance qui les unit. Cette authentique relation entre patient et son soignant peut tenir lieu de dialogue d'humanité pour le patient. Rappelons-nous du fait que la souffrance est une source de médiation entre le patient et le soignant. A cet effet,

La décision doit finalement être prise dans le cadre de la relation de confiance instaurée entre le patient et le praticien⁸⁴.

Autrement dit, le patient et le soignant sont les seuls à être concernés par la décision. Cela est lié à ce rapport de confiance, ce contrat de confiance dont la souffrance du patient

⁸¹ CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p. 100.

⁸² CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p. 100.

⁸³ CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p. 104.

⁸⁴ CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p. 104.

assure la médiation. Ce qu'il faut remarquer, c'est la détermination du soignant et la volonté expresse du patient qui, tous deux, veulent ensemble l'amélioration des conditions de vie du patient.

Cependant, la « *macro-décision* » va situer la réflexion dans une perspective d'interdisciplinarité. Le constat est ici à l'élargissement du cadre décisionnel appelé le champ de « *macro-décision* »⁸⁵. Ce dernier est bien justifié grâce à l'évolution des progrès technoscientifiques et des nouvelles pratiques médicales. Ce qui est assez délicat pour le soignant, car

Il doit assumer une certaine unification de connaissances et d'argumentations diverses, pour pouvoir approcher la situation précise du patient dans son unicité, tout en sachant situer ce dernier dans le tissu de ses relations sociales⁸⁶.

Ce qui fait que la décision n'est plus simplement du seul ressort de soignant et du patient ; elle dépend d'une large concertation qui nécessite la collaboration de plusieurs compétences, d'où l'importance de la notion d'interdisciplinarité pour appréhender au mieux les enjeux structurant tant la situation que la décision qui s'impose.

2.5.2.3.3. L'excès de la mise en jeu de la notion de justice

La responsabilité est au cœur de la pratique médicale, comme le précise le Code de Déontologie médicale rappelée par CADORE : « *tout médecin est responsable de chacun de ses actes professionnels* »⁸⁷. Peut-on dire qu'elle est une question essentielle pour tout praticien de la santé ? Selon CADORE,

Du point de vue éthique, on pourrait dire que le médecin est responsable par rapport à tous les devoirs incombant à son choix professionnel et définis par la déontologie⁸⁸.

En effet, tout praticien est responsable de ses activités sur le plan éthique. Cette responsabilité s'exerce envers toute personne. Elle conduit le soignant à se préoccuper de la personne souffrante. Un lien de confidentialité, de proximité s'établit entre le praticien et le patient. Cependant, les nouvelles conditions imposées par la biomédecine semblent briser,

⁸⁵ CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p.105.

⁸⁶ CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p.105

⁸⁷ Art 14 du Code de Déontologie médicale dans CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p. 106.

⁸⁸ CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p.106.

rompre cette dynamique de relation entre patient et praticien. Le partenariat patient et soignant n'appartient plus à ce seul espace de confiance et de proximité, ceci est pour la simple raison que les progrès de la biomédecine conduisent souvent le praticien à opter pour des orientations qu'il n'a pas la possibilité d'anticiper et de discuter⁸⁹. C'est-à-dire que l'impuissance du soignant le contraint à recourir aux pratiques biomédicales qui mettent parfois le patient dans des situations d'éthique impossibles. Le soignant n'a pas d'alternative face à l'ampleur de la souffrance du patient que d'utiliser ce qui est proposé par technomédecine. Ce qui nous fait penser à des traitements parfois difficiles à supporter tels que la chimiothérapie, le comac prolongé avec ce qui touche à la mise en état végétatif du patient.

Conclusion

Nous venons de considérer l'approche bioéthique propre à CADORE, orientée dans une dynamique d'éthique clinique. En effet, après avoir envisagé la bioéthique comme une distance réflexive par rapport aux nouvelles connaissances et aux nouvelles pratiques médicales⁹⁰, l'auteur pose les jalons de sa réflexion à partir du contexte de la relation de soin comme cadre de l'élaboration d'une réflexion bioéthique. Pour arriver à ses objectifs, CADORE part de la pratique clinique, en se focalisant essentiellement sur l'expérience de la souffrance, comme facteur de médiation entre le soignant et le patient. En ce sens, comme être humain, le soignant se laisse toucher et questionner par la souffrance du patient, en face de qui il découvre la sollicitude de sa responsabilité. Ce qu'il a proposé comme excès de responsabilité est ce sentiment de non-indifférence devant la souffrance d'autrui et dont la réponse peut paraître minime face à l'ampleur de la situation singulière du souffrant, cette dernière excédant toujours la capacité du soignant à lui répondre entièrement. Toutefois, ce qui est important à relever, c'est l'enjeu de cette sollicitude qui n'est pas de donner à tout prix des réponses aux questions soulevées, ni de prendre une décision mais de se munir des moyens de réflexion pour ultimement dégager des espaces d'action responsable.

⁸⁹ CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p.108.

⁹⁰ DOUCET H., *Un théologien dans le débat en bioéthique*, dans la *Revue d'éthique et de théologie morale* « le Supplément » 202, (août-septembre 1997), p.17-38.

CHAPITRE TROISIEME

HERMENEUTIQUE DE L'ETHIQUE DE LA RESPONSABILITE DE CADORE

Introduction

L'approche d'une éthique de responsabilité développée par CADORE donne de savoir comment il est possible d'être éthiquement responsable face à une situation clinique singulière à laquelle on ne s'est pas préparé. A partir de son expérience de médecin-théologien, de sa vision du monde médical, l'auteur a mis en exergue les enjeux de cette éthique de responsabilité. Et pour aider à la compréhension de sa pensée, il s'est appuyé sur la relation entre patient et soignant ainsi que sur les réalités de la pratique clinique. Les différentes questions soulevées concernent l'être humain en situation de souffrance, son comportement et l'agir du soignant au niveau de la pratique clinique. Pour autant, cette éthique de la responsabilité joue un rôle important dans la réflexion bioéthique à cause de son originalité et son attention pour les souffrants. Ceci étant, cette troisième partie de travail se situe dans une perspective herméneutique de la pensée de CADORE. Elle reprendra certains aspects de ce que nous avons déjà développé par rapport à l'idée de l'auteur, pour mettre en exergue les enjeux de notre compréhension de l'éthique de responsabilité développée ci-dessus. Elle sera articulée autour de deux aspects. Le premier aspect nous donne de considérer la pertinence de la pensée de l'auteur et les intérêts portés à cette pensée. Le second sera consacré aux difficultés voire les limites de cette réflexion.

3.1. Les enjeux d'une réflexion bioéthique contemporaine

Deux aspects nous semblent importants à évoquer ici. Le premier vise la pertinence de la pensée de CADORE qui voit dans la démarche bioéthique un mode de réflexion critique ; tandis que le second met en exergue l'éthique comme philosophie contextuelle.

3.1.1. La pertinence de la pensée

D'une manière générale, nous remarquons qu'il n'y a pas de critiques, du moins de manière formelle, contre l'éthique de responsabilité développée par CADORE. Le travail reflète le sillage d'une expérience professionnelle dans le milieu médical. Pour comprendre cela, il suffit de se référer à la présentation de l'auteur dans le second chapitre de notre travail. En tant que médecin, l'auteur fait le choix d'un thème légitime, d'un centre d'intérêt qui correspond à son domaine d'activité. CADORE part d'un champ d'action concret. La pratique médicale et la question de responsabilité éthique sont indissociables. L'action médicale

requiert de la part du soignant son entière responsabilité, justifiée par l'importance de son engagement professionnel et le sens de sa responsabilité envers le souffrant parce que mandaté par sa profession au sein de la société. Avec la naissance de la bioéthique, entendue comme nouveau mode de réflexion sur les conditions d'acceptation et de validité⁹¹ des progrès scientifiques dans le milieu médical, la réflexion de CADORE arrive comme une prise de conscience d'une part, et un questionnement sur la finalité éthique de l'agir humain d'autre part. Au fond, son analyse ne prétend pas s'opposer à l'évolution de la médecine ayant la possibilité de recourir aux productions technoscientifiques pour améliorer la santé, ni à une certaine résignation face à la souffrance. Elle met en avant le sens de l'autodétermination du soignant pour que tout puisse être fait afin d'offrir au souffrant les conditions d'une paisible et vivante désaliénation de sa souffrance⁹². Mais, elle invite conjointement la conscience humaine à avoir un regard critique afin d'éviter de compromettre la dignité de l'homme, de faire de ce dernier un objet de la science. C'est ce point qu'il justifie quand il affirme :

La réflexion éthique en médecine ne paraît donc pas devoir être d'abord entendue comme une manière de d'opposer une 'résistance' a priori aux progrès scientifiques et techniques mis au service du soin et de la promotion de la santé, mais plutôt comme une façon d'assumer ces techniques en un devenir d'humanité⁹³.

De là, nous pouvons dire que la réflexion de CADORE essaie de poser, au cœur de l'action soignante, une conjonction entre la rationalité scientifique et la rationalité éthique. Cela veut dire que l'évolution scientifique, au vu de ses différents résultats proposés à la biomédecine, doit tenir compte des positions et des appréciations faites par l'éthique, qui est à comprendre comme cette distance critique et réflexive. Autrement dit, si on s'en tient à cette conjonction voulue par CADORE, nous pourrions comprendre que la science et l'éthique contribuent ensemble à l'équilibre de la vie humaine, au respect de la vie et de la dignité humaine. C'est ce qui fait que l'auteur a pu insister sur la raison humaine comme l'un des pôles constitutifs du fondement de la bioéthique contemporaine ; au point de la considérer comme cette puissance humaine capable de saisir et d'identifier les enjeux de la technoscience dans le domaine biomédical sans se cantonner pour autant dans une approche normative ou principielle de la bioéthique, telle que nous l'avons vu dans la première partie du travail.

⁹¹ CADORE B., *L'éthique clinique comme philosophie contextuelle*, Québec, Fides, 1997, p.5.

⁹² CADORE B., *Pour recentrer la question éthique*, in JACQUEMIN D. et De BROUCKER D., (éd), *Manuel de soins palliatifs*, Paris, Dunod, 3^e Edition, 2009, p. 887.

⁹³ CADORE B., (éd)., *Pour une bioéthique clinique*, Lille, Presses Universitaires du Septentrion, 2002, p. 92.

3.1.2. L'éthique comme philosophie contextuelle de CADORE

Parler de l'éthique comme philosophie contextuelle, c'est évoquer ce qui a contribué à l'émergence de l'élaboration d'une éthique de la responsabilité chez CADORE. Elle constitue une des originalités de la réflexion bioéthique de l'auteur. En effet, la lecture de sa pensée nous a permis de déduire quatre intérêts fondamentaux qui sont à considérer comme les aspects les plus marquants de son approche éthique. Il s'agit de l'éthique contextuelle axée sur la pratique clinique, de son humanisme, du rapport avec la souffrance (la fonction de l'expérience du soignant face au patient) et de l'excès de la responsabilité.

3.1.2.1. Une éthique contextuelle ou intégrée

L'éthique contextuelle fait penser à la méthode utilisée par CADORE. En effet, en abordant la question de l'éthique contextuelle appelée aussi éthique intégrée à cause de la réalité singulière, concrète qui est son domaine de réflexion, l'auteur traite des problèmes éthiques liés au domaine de la clinique. Pour lui, la pratique clinique occupe une place importante dans son approche de la bioéthique. Elle est à saisir essentiellement comme une activité pragmatique tenant compte de l'existence humaine en situation de souffrance face aux progrès de la biomédecine⁹⁴. Dans ce cadre, CADORE entrevoit dans l'éthique contextuelle l'enjeu de l'agir pratique du praticien dans une situation particulière de soin en milieu médical. Autrement dit, cette éthique contextuelle repose sur le statut professionnel et la capacité de créativité éthique du sujet soignant. C'est-à-dire que la souffrance interpelle ; c'est en fonction de la situation du souffrant que le soignant peut penser à une éventuelle proposition de soin. Et ce processus de prise de décision reste éthiquement responsable puisqu'il est du ressort du praticien malgré les possibles incertitudes et les aléas thérapeutiques auxquels, tout comme le patient, il se trouve exposé. Son effort est d'apporter sa sollicitude de soignant au patient et ainsi de le rejoindre dans son contexte de souffrance afin de l'aider à retrouver son humanité altérée par cette dernière.

Par ailleurs, si la particularité de la médecine est d'être, « *une science appliquée* », selon l'expression de Georges CANGUILHEM⁹⁵, la clinique serait alors le lieu de convergence entre ce qui relève de la théorie médicale, c'est-à-dire les connaissances acquises en matière de médecine et de soin, et la pratique médicale qui n'est que l'applicabilité dans un contexte

⁹⁴ CADORE B., (éd), *Pour une bioéthique clinique*, Lille, Presses Universitaires du Septentrion, 2002, p. 92.

⁹⁵ CANGUILHEM G., « Le statut épistémologique de la médecine », dans *Histoire et philosophie des sciences de la vie*, 10, Suppl. (1988), p. 15-29, dans CADORE B., *L'éthique clinique comme philosophie contextuelle*, Québec, Fides, 1997, p. 6.

singulier de ces savoirs. En évoquant la clinique comme lieu d'injonction entre théorie et pratique médicales, d'injonction aussi d'un échange entre le soignant et le souffrant, CADORE fait savoir qu'elle est aussi lieu d'ambivalence et d'incertitude.

Il n'est pas rare, en effet, qu'au moment où l'on s'interroge pour savoir quelle orientation donnée à l'action biomédicale dans une situation donnée, se fassent jour des questionnements bien plus larges : quelle notion de santé allons-nous promouvoir ; selon quelle définition de la normalité envisageons-nous l'efficacité médicale ; de quelle manière faire face au tragique de l'existence manifesté par la maladie... ?⁹⁶

En effet, les incertitudes repérées deviennent alors source d'interpellation. Les difficultés cliniques rencontrées suscitent des questionnements pour la réflexion bioéthique. Elles ne sont pas seulement liées aux soins mais aussi à la pratique clinique. Ainsi, assimiler la pratique clinique à un lieu de confrontation entre l'intelligence théorique et l'intelligence pratique, de questionnement entre l'excès de la situation de souffrance et l'orientation donnée à l'action biomédicale, permet de mieux appréhender les enjeux d'une éthique clinique dont le but est d'améliorer la qualité des soins offerts au patient, de réfléchir sur les nouvelles potentialités de la médecine, et de permettre, ultimement, au professionnel d'y exercer une créativité éthique. Dans ce cas, l'éthique clinique ne se limite pas à l'analyse de la situation singulière de la personne souffrante. Elle doit orienter l'exercice de la médecine, et l'aider à mettre en place des conditions plus humaines afin de redonner au souffrant l'espoir de renouer avec son humanité.

3.1.2.2. Un horizon de l'humanité

En abordant la réflexion de Bruno CADORE, la question de l'autre, notamment du patient en situation délicate, apparaît comme la trame de fond. Elle sert du noyau central autour duquel gravite l'essentiel de sa pensée. En effet, la préoccupation de l'auteur se traduit par un humanisme conscient et audacieux qui cherche des solutions pour soulager l'homme en état de vulnérabilité causée par la souffrance. En fait, dans sa réflexion, l'auteur se montre très préoccupé de ce qui peut, surtout en biomédecine, compromettre la vie ou la détruire. De ce fait, son humanisme est concret parce qu'il touche les réalités humaines et les interroge en vue d'un meilleur vivre possible. C'est un humanisme qui vise le bien comme un idéal à atteindre par et pour tout homme. Ceci dit, CADORE n'exclut pas la souffrance, mais la considère comme une réalité de la vie qu'il faut combattre.

⁹⁶ CADORE B., *L'éthique clinique comme philosophie contextuelle*, Québec, Fides, 1997, p.8.

Il suffit en effet de n'être pas indifférent à la souffrance d'autrui pour décider de lui porter secours ; mais en faisant cela, l'homme est aussi invité à affirmer que cette décision est en quelque sorte inconditionnelle, qu'elle vaudrait pour toute personne rencontrée dans une situation analogue, autrement dit que ce mouvement de non-indifférence est porté par une reconnaissance, à l'occasion d'un geste particulier, d'une exigence universelle⁹⁷.

Ce regard croisé sur la vulnérabilité humaine détermine la vision de la bioéthique pensée et comprise comme éthique clinique dans ce contexte d'une part ; et d'autre part, sous-tend son intuition de l'excès de responsabilité qui constitue l'un des traits les plus originaux de son entreprise intellectuelle en bioéthique. En effet, il n'y a pas de contradiction ni d'opposition entre son approche de la bioéthique conçue comme modalité critique des progrès en biomédecine et sa conception de l'excès de responsabilité, défini comme la dynamique d'une décision à prendre vis-à-vis d'autrui en situation critique de soin. La distance critique se présente comme une attitude de prudence, un critère de discernement qui permet de bien mesurer les enjeux de la biomédecine sur le corps humain. L'objectif est d'appliquer ce qui peut garantir la dignité et le respect de la vie humaine. En ce sens, le sujet souffrant doit également être suffisamment informé des risques de la pratique biomédicale qu'il va subir. Quant à l'excès de la responsabilité, on peut l'assimiler à ce sentiment profond qui caractérise tout individu de ne pas se détourner de la souffrance d'autrui, c'est-à-dire une attitude de bienveillance à l'égard de celui qui souffre ; une attitude qui comporte aussi des risques à cause de la responsabilité engagée pour vouloir ce bien. Les deux perceptions se rejoignent dans la mesure où l'une ou l'autre tient à offrir un meilleur possible de vie humaine. En cela, CADORE croit en la capacité de la créativité éthique du soignant. Son optimisme se situe au-delà de tout pessimisme qui se révèle compromettant et dangereux. Convaincu de son approche, CADORE rassure de ce que

L'objectif de la bioéthique n'est donc pas seulement d'harmoniser le progrès scientifique et la dignité humaine, mais plutôt de rappeler que ce progrès est le fruit de la dignité de l'homme. Or, si l'autonomie de la raison en est une expression majeure, elle ne saurait épuiser la grandeur de la dignité de l'homme agissant et souffrant dont la naissance, l'existence et la mort, le mystère de son présent et l'espoir de son avenir sont autant d'appels à la capacité éthique des acteurs de la biomédecine⁹⁸.

Et que

⁹⁷ CADORE B., *Pour recentrer la question éthique*, in JACQUEMIN D. et De BROUCKER D., (éd), *Manuel de soins palliatifs*, Paris, Dunod, 3^e Edition, 2009, p. 887.

⁹⁸ CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité* (collection Catalyse), Louvain-la-Neuve – Montréal, Artel et Fides, 1994, p.185.

la tâche de la bioéthique est d'aider la médecine à mettre en place les conditions auxquelles elle pourra ainsi continuer d'être dans l'humanité celle qui rappelle que l'art de la sollicitude est la manière d'ouvrir la société des hommes à leur avenir⁹⁹

Ce déploiement de l'humanisme de CADORE nous donne d'avoir une juste appréciation du rapport avec la souffrance d'autrui et du rapport au sens de l'excès, et pour ouvrir ultimement à une approche heuristique de la souffrance.

3.1.2.3. Une heuristique de la souffrance

L'un des aspects sur lequel insiste CADORE est le rapport avec la souffrance d'autrui. En effet, la souffrance apparaît comme un facteur de contact, d'interpellation voire de rencontre entre le souffrant et celui qui est en face de lui. Elle rapproche les individus et crée un lien entre eux, devenant médiation inter-humaine. Le rapprochement créé par la souffrance s'effectue par le fait que celui qui rencontre un souffrant ne peut rester indifférent. Il y a là une relation réciproque mais qui n'est pas égale.

Mouvement de réciprocité, qui pourtant dans l'exercice de la médecine est inégal, puisque le médecin a choisi comme profession de répondre a priori et sans condition à la demande de sollicitude qui lui sera adressée¹⁰⁰.

En effet, la vulnérabilité d'un être souffrant sollicite la solidarité et exige l'attention envers lui. Elle exerce une influence sur l'imaginaire de son interlocuteur, le soignant qui, en s'identifiant au souffrant dans sa maladie, décide de réagir. Sa créativité éthique le met alors à la recherche de décision ou de solution. C'est ce qui justifie en partie sa notion de l'excès de responsabilité qui, en fait, est la réaction positive du soignant devant la souffrance du patient. Comme nous l'avons mentionné déjà, l'excès de responsabilité est l'un des points phares de la pensée de CADORE. La souffrance du patient devient, à l'instant même, celle du soignant obligeant ce dernier à intervenir pour soulager la souffrance, tout en sachant qu'il n'y parviendra jamais. Autrement dit, ce que le soignant apporte comme soin ne peut répondre totalement à ce que le souffrant attend de lui. Il est alors important dans le cadre d'une « macro-décision » que le soignant puisse avoir une certaine connaissance du contexte et de l'environnement global de la situation du patient.

⁹⁹ CADORE B., *Questions éthiques et exercice médical*, dans *Revue d'éthique et de théologie morale* « Le supplément », 178 (septembre 1991), p. 39.

¹⁰⁰ CADORE B., *Questions éthiques et exercice médical*, dans *Revue d'éthique et de théologie morale* « Le supplément », 178 (septembre 1991), p.36.

3.1.2.4. Le rapport à l'excès

Dans la perspective de CADORE, la responsabilité ne peut être évoquée sans la notion de l'excès. Celle-ci confère à la responsabilité toute sa signification. L'excès fait appel à ce qui est surprenant. Il survient comme l'expression d'un surplus qui sollicite l'aide du soignant, et souligne une insuffisance pour le patient à le combler. Dans la pratique clinique, la réalité de l'excès s'impose comme un défi au soignant. Il dépasse le champ de ce qui est théoriquement établi, de ce qui est de l'ordre de la seule rationalité. Mais il reste cependant un moment important par le fait que sa réalité exige d'une manière ou d'une autre la responsabilité du sujet soignant. Cette responsabilité peut se traduire par la non-indifférence du soignant, à cause de l'appel suscité par la souffrance de l'autre qu'il faut rencontrer. Avec la notion d'excès, la responsabilité développée par CADORE ne peut pas se définir par rapport à un contenu visant à orienter la situation à l'avance, ni par un engagement ou une promesse à tenir. Elle ne relève pas, non plus de ce qui est consigné de manière précise. Cette responsabilité traduit l'expression de la liberté du sujet au-delà de tout dispositif préétabli dans le domaine de soin, c'est-à-dire de ce qui est inscrit dans le champ de sa compétence. A travers son approche de l'excès de responsabilité, il ouvre une perspective tout à fait particulière dans la bioéthique. Celle-ci permet de comprendre que l'être humain ne devient responsable qu'à travers sa rencontre avec l'autrui, c'est-à-dire quand la vie de l'autre souffrant le met à l'épreuve comme sujet éthique.

3.2. Les difficultés de la pensée de CADORE

De prime abord, nous remarquons, à notre connaissance qu'il n'existe pas de critiques formelles à l'encontre de la pensée de CADORE. Cependant, deux aspects traduisant les difficultés de sa pensée méritent d'être évoqués dans cette partie, à savoir une pensée difficile à comprendre, et enfin les risques de l'excès de la responsabilité.

3.2.1. Une pensée difficile

La lecture de la pensée de Bruno CADORE nous laisse découvrir un penseur difficile mais original dans ses analyses. En effet, les premières impressions à dégager concernent les difficultés rencontrées quant à la lecture de sa pensée. Elles proviennent de la subtilité de ses analyses et de son style parfois inaccessible. Le profil des mots choisis et utilisés permet de savoir que l'auteur s'adresse à un type de lecteurs ciblés, les professionnels de la santé, et que son propre langage s'inscrit dans une réflexion intériorisée, dépassant la simple approche

rationalisée de ce dont il est question de parler. Ce qui rend la compréhension difficile pour un lecteur du commun. En outre, l'un des constats montre que l'auteur fait de la pratique médicale, notamment de la clinique, un lieu privilégié de l'éthique contextuelle de la responsabilité. Le risque serait de réduire la vision de la bioéthique juste à un aspect de la pratique médicale. Or, en toute vraisemblance, la bioéthique ne peut être confinée à la seule pratique médicale définie, même si les rapports avec le monde médical sont parfois très étroits ; ceci pour dire que la pratique médicale n'est qu'une des dimensions de la réflexion bioéthique. En d'autres termes, le champ de la bioéthique est plus large et englobe même les questions soulevées par la pratique médicale. Son approche interdisciplinaire comprise comme sa principale caractéristique montre bien que la bioéthique ne peut pas se limiter à l'éthique médicale, ni à une quelconque science. Mais elle exige à tout moment un certain renouvellement de son approche et une certaine adaptation de sa réflexion par rapport aux problèmes moraux posés par le progrès des sciences dont la biomédecine.

Par ailleurs, la question de la souffrance est assez prégnante dans l'éthique de la responsabilité suggérée par CADORE. Il soutient le fait que c'est la souffrance d'autrui qui appelle la sollicitude du soignant. Ce qui est vrai si l'on se place dans le domaine de la médecine, tel qu'il l'explicite dans cette assertion :

La pratique médicale se fonde sur le mouvement d'un être souffrant qui s'en remet en toute confiance à autrui, en appelant à sa capacité de sollicitude à son égard. La médecine est donc l'art de servir le bien-être d'autrui qui, à partir de la souffrance qu'il éprouve, en appelle à la sollicitude à son égard, et fait confiance aux soignants pour qu'ils mettent en œuvre les moyens les plus adaptés à ce service qui lui est demandé¹⁰¹.

De par cette assertion, l'on peut considérer que le soignant, de par son engagement professionnel, a le mandat de s'occuper de la souffrance de ses semblables à travers l'exercice de son métier. Ce mandat, peut-on le dire, le rend responsable de celui qui souffre et qui sollicite son service. Ainsi, de par l'exercice de sa profession, il a l'obligation de rendre service au souffrant même ce service ne va pas combler l'attente de ce dernier.

Une autre difficulté est de dire que la médecine, du moins la clinique, ne peut avoir la totale maîtrise de la souffrance d'autrui. La souffrance est toujours constituée de deux aspects, c'est-à-dire l'aspect extérieur qu'on peut palper, expliquer et interpréter ; l'aspect intérieur qui reste une énigme qui échappe à l'entendement humain. Mais, cette double dimension est

¹⁰¹ CADORE B., *Questions éthiques et exercice médical*, dans *Revue d'éthique et de théologie morale* « Le supplément », 178 (septembre 1991), p. 27.

étroitement imbriquée. Par exemple, dans le cas de la clinique, il est plus difficile de détecter la souffrance psychique qu'endure le malade, surtout s'il se trouve lui-même dans l'incapacité de l'appréhender et de l'exprimer. Ce qui donne à penser le risque de l'excès de responsabilité.

3.2.2. Le risque de l'excès de responsabilité

Selon CADORE, l'excès peut se définir comme une situation singulière qui conduit le soignant au plus loin de ses repères habituels, de sa compétence mais qui le sollicite. La situation de l'excès dépasse apparemment la compétence du soignant. Si tel est le cas, d'aucuns peuvent affirmer que l'excès ne peut être réductible seulement au champ de la médecine, ou de la pratique clinique. Dans la mesure où ce que dit CADORE du fait que la souffrance d'autrui sollicite la responsabilité du soignant, ne peut également être limité au seul domaine de la médecine. En effet, nous pensons que son approche de l'excès de responsabilité pourrait être ouverte à d'autres dimensions de l'existence humaine. La médecine n'est pas l'unique lieu où la souffrance est source de médiation et de sollicitation. En d'autres mots, et cela à différents niveaux, les relations humaines sont concernées par l'excès. Pour dire que l'excès existe, et il est présent au cœur des relations de souffrance, d'angoisse, de solitude et autres qui caractérisent les êtres humains. Il n'est pas abstrait mais réel. Certes, dans le champ de la médecine, il relève de l'engagement qui lie le soignant avec sa profession, son obligation de ne pas se dérober face à une situation singulière de souffrance rencontrée.

Cependant, dans les autres cas, même si cela n'apparaît pas de manière professionnelle comme en médecine, on suppose que l'excès résulte du fait de l'impuissance de toute personne à répondre efficacement à un besoin crucial, à une attente importante de la vie d'autrui. De nombreux exemples peuvent illustrer cela. Par exemple, dans une relation amicale, il est autant vrai que les personnes puissent connaître des moments d'excès, c'est-à-dire l'un ou l'autre peut être dépassé et se sent impuissant devant la situation singulière (deuil, chômage, perte d'emploi etc.) que traverse son ami. De cet exemple, on aperçoit qu'il y a une rencontre avec la souffrance d'autrui, qu'il y a excès qui n'est pas du même ordre que celui du soignant en milieu clinique.

En fait, on peut penser qu'il y a en tout homme une capacité fondamentale de non-indifférence à la souffrance¹⁰² de l'autre, c'est-à-dire cette capacité essentielle à être affecté par la souffrance d'autrui. Car, ce qui se relève comme souffrance produit l'excès face auquel les différentes réponses proposées paraissent insignifiantes.

¹⁰² Cf. CADORE B., *Contestation de la souffrance et dignité de l'homme souffrant*, dans *Manuel de soins palliatifs*, JACQUEMIN D., et de BROUCKER D. (éd), Paris, Dunod, 3^e Edition, 2009, p.886.

CONCLUSION GENERALE

Nous voici au terme de notre réflexion. Et tout au long de ce travail, la question fondamentale qui nous habite est celle de l'éthique de la responsabilité chez Bruno CADORE, pensée comme une modalité de réflexion dans le champ bioéthique. Pour montrer la pertinence de notre préoccupation, nous avons voulu d'abord partir de l'historique de la bioéthique afin de faciliter la compréhension de notre sujet. E on a pu se rendre compte de la complexité de sa genèse, ce que nous ne soupçonnons pas dès le départ et qui a rendu notre travail plus complexe que prévu.

Malgré cela, les principaux jalons de l'historique du développement de la bioéthique ont permis de cerner les contextes et les différents événements qui ont émaillé son émergence, notamment contextes marqués par l'évolution technoscientifique, les mutations socio-économiques et surtout la révolution de la santé par la médecine. Cet ensemble de progrès rapides suscite de nouvelles questions auxquelles tente de répondre la réflexion bioéthique à travers une méthode d'interdisciplinarité qui permet de tenir compte de l'homme en tant que sujet et non objet de la technoscience et de la biomédecine.

Après avoir appréhendé la bioéthique comme une distance réflexive à l'égard de nouvelles techniques médicales, nous avons considéré la pensée de Bruno CADORE et la manière dont, au cœur de ce champ de la bioéthique, il était possible de rencontrer la problématique de la responsabilité. La réflexion de Bruno CADORE dans cette perspective d'éthique reste un atout important pour toute pratique médicale en général et pour tout professionnel de santé en particulier. Médecin et théologien, CADORE est plus resté dans son statut de médecin pour la mise en exergue de son éthique de responsabilité. Contrairement à une bioéthique basée sur les principes fondateurs et sur des normes, CADORE part d'une situation clinique pour enfin arriver à une éthique contextuelle. C'est-à-dire une éthique qui se fonde sur la réalité existentielle d'une personne en situation de souffrance soumise à une pratique clinique. Pour dire que son approche est concrète et non théorique, même si la portée de ses propres développements le sent largement. Cette manière de procéder laisse entrevoir son intention d'accorder à la médecine toute son importance dans la prise en compte des questions biomédicales, surtout lorsqu'elles s'inscrivent dans la rencontre de situations de souffrance. Ce regard bioéthique porté sur la pratique médicale permet de comprendre la justesse de la réflexion d'un auteur qui est à la croisée de deux disciplines complémentaires, la théologie et la médecine, qui ne s'excluent pas. Tout au long de sa réflexion et sans se

référer à la théologie, CADORE a su montrer comment la souffrance d'autrui est une sollicitude pour la responsabilité du soignant. Répondre de manière efficace à cette sollicitude nécessite une large compréhension de l'environnement tant social, culturel que familial du souffrant.

En outre, l'approche critique de l'auteur nous ouvre à l'originalité de sa pensée, de son horizon bioéthique et de la pertinence de l'éthique de la responsabilité vue sous l'angle clinique. La jonction de la réalité éthique et de l'expérience du soignant reste un atout dans la compréhension du sujet souffrant. Elle met en valeur le sentiment de non-indifférence qui est presque en tout être humain et plus spécifiquement au personnel soignant. L'excès de la responsabilité qui surgit de cette non-indifférence traduit bien cet horizon de l'humanisme qui sous-tend la pensée de CADORE. Cependant, l'impression que nous livre cet auteur est cette tendance d'assimiler la bioéthique à l'éthique clinique ; or celle-ci n'est qu'une des dimensions favorables à la réflexion bioéthique. Une autre limite est celle de réduire l'excès à cette rencontre de souffrance d'autrui, comme médiation de relation entre soignant et patient. Certes, ceci est vrai en médecine à cause de l'engagement du praticien. Cependant, cet excès peut être également vérifié à d'autres dimensions de la vie, de la relation interpersonnelle. Pour dire que l'excès de responsabilité concerne l'ensemble de situations susceptibles de générer une quelconque souffrance chez un semblable ; et que face à cela, on ne peut apporter une solution efficace.

Enfin, notre réflexion nous a permis de comprendre les enjeux d'une réflexion bioéthique à partir d'un auteur à la fois médecin et théologien. Et nous découvrons que la bioéthique comme distance réflexive se renouvelle et s'adapte aux différentes réalités de la vie humaine, menacée par les progrès de la science. Parmi les différentes approches de la bioéthique, celle proposée par Bruno CADORE est d'actualité en dépit de sa complexité. Elle a permis de mieux appréhender la question bioéthique à partir d'une réalité de l'existence, la souffrance comprise comme l'une des situations particulières. De là, nous comprenons que l'excès de la responsabilité, l'axe central de la pensée de l'auteur, revêt aussi d'une dimension holistique de la vie. En ce sens, tout homme s'est, à un moment de son existence, confronté à une situation d'excès.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDORNO R., *La bioéthique et la dignité de la personne*, Paris, PUF, 1997.
- AZOUX B., *Vocabulaire de bioéthique*, Paris, PUF, 2000.
- BERNARD J., *La bioéthique*, Paris, Flammarion, 1994.
- BRUGUES J.-L., *Dictionnaire de morale catholique*, Tours, 1991.
- BYK C., (éd.), *La bioéthique : un langage pour mieux se comprendre*, Paris, Ed. Alexandre Lacassagne, 2000.
- CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité*, Bruxelles, Paris-Montréal, Catalyse s, Artel-Fides, 1994.
- CADORE B., *L'Éthique clinique comme philosophie contextuelle*, Montréal, Fides, 1997.
- CADORE B., (éd) *Pour une bioéthique clinique. Médicalisation de la société, questionnement éthique et pratiques de soin*, Lille, Presses Universitaires du Septentrion, 2003.
- CADORE B., (éd) *Bible et médecine. Le corps et l'esprit*, col. Le livre et le rouleau, n°20, Bruxelles, Lessius, 2004.
- CONGREGATION POUR LA DOCTRINE DE LA FOI, *Le don de la vie. Respect de la vie humaine naissante et dignité de la procréation. Réponses à quelques questions d'actualité*, Instruction du 22 Février 1987, Paris, Cerf, 1987.
- de MALHERBE B., *Le respect de la vie humaine dans une éthique de communion*, Paris, Parole et Silence, 2006.
- DOMENACH J.-M., *La responsabilité. Essai sur le fondement du civisme*, Paris, Hatier, 1994.
- DOUCET H., *Au pays de la bioéthique : l'éthique biomédicale aux Etats-Unis*, Montréal-Genève, Labor et Fides, 1996.
- DUPUIS M., *Le soin, la philosophie*, Paris, Seli Arslan, 2013.
- DURAND G., *La bioéthique : nature, principes, enjeux*, Paris-Montréal, Cerf-Fides, 1989.
- DURAND G., *Introduction générale à la bioéthique : histoire, concepts et outils*, Paris-Montréal, Cerf-Fides, 1999
- DURAND G.,(éd), *Contribution à la réflexion bioéthique dialogue France-Québec*, col. Vie, santé et valeur, 5, Québec, Fides, 1991.
- HOTTOIS G., PARIZEAU M.-H., (éd.), *Les mots de la bioéthique*, Bruxelles, De Boeck Université, 1993.
- HOTTOIS G., et MISSA J.-N., (éd), *Nouvelle encyclopédie de bioéthique, médecin, environnement, biotechnologie*, Bruxelles, De Boeck Université, 2001

JACQUEMIN D., *Ethique des soins palliatifs*, Paris, Dunod, 2004.

JACQUEMIN D., et de BROUCKER D., (éd), *Manuel de soins palliatifs*, Paris, Dunod, 3^e Edition, 2009.

JONAS H., *Le principe de la responsabilité : une éthique pour la civilisation technologique*, Paris, Cerf, 1995.

LAFFITTE J., CARRASCO de PAULA I., (éd), *La génétique, au risque de l'eugénisme ?* Paris, Mama-Edifa, 2010.

LETOURNEAU A., (éd.), *Trois écoles québécoises d'éthique appliquée*, Paris, L'Harmattan, 2006.

MÜLLER D., *Les éthiques de responsabilité dans un monde fragile*, Québec, Fides, 1998.

NACHI M., *Ethique de la promesse : l'agir responsable*, Paris, PUF, 2003

PARIZEAU M.-H., (éd.), *Bioéthique : méthodes et fondements*, Montréal, ACFAS, 1989.

PARIZEAU M.-H., (éd.), *Les fondements de la bioéthique*, Bruxelles, De Boeck Université, 1992.

ROY D., *La bioéthique. Ses fondements et ses controverses*, Québec, Erpi, 1995.

SIMON R., *Ethique de la responsabilité*, Paris, Cerf, 1993.

THEVENOT X., *La bioéthique*, Paris, Le Centurion, 1989.

TILMANS-CABIAUX Ch., et DUCHENE., (éd), *Risquer de naître : médecine et tests génétiques*, Belgique, Presses Universitaires de Namur, 2002.

VERSPIEREN P., *Biologie, médecine et éthique : textes du magistère catholique*, Paris, Le Centurion, 1987.

Revues

CADORE B., *Questions éthiques et exercice médical*, dans *Revue d'éthique et de théologie morale* « Le supplément », 178 (septembre 1991), p. 25-40.

CADORE B., *Le rapport Lenoir. Evaluation et prospective en éthique médicale*, dans *Revue d'éthique et de théologie morale* « Le supplément », 179 (décembre 1991), p. 105-118.

CADORE B., *La question des vies très fragilisées (Entretiens)*, dans *Revue d'éthique et de théologie morale* « Le supplément », 186 (septembre-octobre 1993), p. 69-106.

CADORE B., *La notion de la dignité : présentation*, dans *Revue d'éthique et de théologie morale* « Le supplément », 191 (décembre 1994), p. 5-10.

CADORE B., *L'argument de la dignité humaine en éthique biomédicale*, dans *Revue d'éthique et de théologie morale* « Le supplément », 191 (décembre 1994), p. 73-9.

CADORE B., *La bioéthique questionnée*, dans *Revue d'éthique et de théologie morale* « Le supplément », 202 (août-septembre 1997), p. 47-58.

de MALHERBE B., *Bioéthique ou éthique de communion*, dans *Nouvelle Revue Théologique*, 129 (Décembre 2007), p. 545-568.

d'ORNELLAS P., *Vulnérabilité et technique. Le témoignage de l'Église en bioéthique*, dans *Nouvelle revue théologique*, 132 (2010), p. 543-562.

DUBOST M., *De l'éthique au langage de la responsabilité selon Emmanuel Levinas*, dans *Communio*, 33 (Juillet-août 2008). p. 104 ss.

Esprit et Vie n° 205-6 déc. 2008, p. 11-12

JOBIN G., *Le paradigme de la responsabilité comme condition de l'éthique théologique*, dans *Laval Théologie et philosophie*, 1 (60), (Février 2004), p. 129-148.

SAINT-ARNAUD J., *Réanimation et transplantation*, dans *Sociologie et société*, 27, 2 (1996), p. 102.

SIMARD N., *La bioéthique et le droit canonique*, dans *Studia canonica*, 42 (2008), p. 59-85.

THIEL M.- J., *L'Église à l'épreuve de la bioéthique*, dans *Revue d'éthique et de théologie morale*, 250 (2008), p. 98-105.

THIEL M.- J., *L'ambiguïté de la responsabilité dans les questions éthiques médicales* dans *Sciences religieuses*, 82 (Janvier 2008), p. 43-64.

VILLEY M., *Esquisse historique sur le mot responsable*, dans *Archives de philosophie du Droit*, 22 (1977), Paris, Sirey, p. 45-58.

Sitographie

[http:// www.erudit.org/apropos/utilisation.html](http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html), le 6 juin 2013 à 8h25.

[http:// www.lavie.fr/bruno-cadore-l-elan-et-l-exigence-02-11-2010-11185](http://www.lavie.fr/bruno-cadore-l-elan-et-l-exigence-02-11-2010-11185), page consultée le 8 juillet 2013.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	1
Dédicace.....	2
Introduction générale	3
Chapitre premier	
Bioéthique : histoire et développement	6
Introduction.....	6
1.1. Contexte de l'émergence de la bioéthique contemporaine.....	6
1.2. Les origines de la bioéthique.....	9
1.2.1. De la théologie catholique.....	10
1.2.2. De la théologie protestante.....	11
1.3. Approches définitionnelles de la bioéthique.....	13
1.3.1. Le concept initial.....	13
1.3.2. Bioéthique comme notion polysémique.....	15
1.3.3. Quelques précisions : morale, éthique, bioéthique.....	17
1.4. Les principes fondateurs de la bioéthique.....	18
1.4.1. Principe d'autonomie.....	19
1.4.2. Principe de bienfaisance.....	19
1.4.3. Principe de non-malfaisance.....	20
1.4.4. Principe de justice.....	20
1.5. Nature et méthode d'approche de la bioéthique.....	21
Conclusion.....	22
Chapitre deuxième	
Présentation de l'éthique de la responsabilité chez Bruno CADORE	23
Introduction.....	23
2.1. Présentation de l'auteur.....	24
2.2. Son approche définitionnelle de la bioéthique.....	25
2.3. Les défis de la bioéthique contemporaine.....	27
2.3.1. L'exigence de la raison humaine dans la réflexion bioéthique.....	27
2.3.2. La confrontation avec la souffrance.....	28
2.3.3. Le projet de la santé.....	29

2.4. Itinéraire d'une éthique de la responsabilité selon Bruno CADORE.....	30
2.4.1. L'éthique clinique, contexte d'une éthique contemporaine.....	30
2.4.2. La dynamique de relation, surgissement du visage d'autrui.....	31
2.4.2.1. La souffrance, une mise en cause de l'autonomie du sujet.....	32
2.4.2.2. La possible visée éthique de relation avec le souffrant.....	33
2.5. La responsabilité éthique selon Bruno CADORE.....	34
2.5.1. Une approche conceptuelle de l'éthique de responsabilité.....	34
2.5.2. La dimension éthique de la responsabilité.....	35
2.5.2.1. Le cadre systémique de responsabilité chez CADORE.....	35
2.5.2.2. La notion de l'excès de responsabilité chez CADORE.....	36
2.5.2.3. Les caractéristiques de la responsabilité chez CADORE.....	37
2.5.2.3.1. L'excès de bienveillance.....	38
2.5.2.3.2. L'excès de l'autonomie.....	38
2.5.2.3.3. L'excès de la mise en jeu de la notion de justice.....	39
Conclusion.....	40
Chapitre troisième	
Herméneutique de l'éthique de la responsabilité de Bruno CADORE.....	41
Introduction.....	41
3.1. Les enjeux d'une réflexion bioéthique contemporaine.....	41
3.1.1. La pertinence de la pensée de l'auteur.....	41
3.1.2. L'éthique comme philosophie contextuelle de CADORE.....	43
3.1.2.1. Une éthique contextuelle et intégrée.....	43
3.1.2.2. Un horizon de l'humanité.....	44
3.1.2.3. Une heuristique de la souffrance.....	46
3.1.2.4. Le rapport à l'excès.....	47
3.2. Les difficultés de la pensée de Bruno CADORE.....	47
3.2.1. Une pensée difficile.....	47
3.2.2. Le risque de l'excès de responsabilité.....	49
Conclusion générale.....	51
Bibliographie	57