

<b>Philosophie - Ethique</b>
------------------------------

**Alain de Broca, *Comment penser l'homme ?*, Paris, L'atelier, 2009, 237 p.**

Entre réflexion clinique, personnelle -parce que liée à une histoire singulière-, et philosophique, telle est l'aventure à laquelle nous convie A. de Broca dans son dernier ouvrage. Il serait présomptueux de ma part de parler ici de « livre de la maturité », comme si l'auteur avait attendu cet écrit. C'est pourtant à une forme d'ouvrage de synthèse que nous avons affaire ici où l'on pressent un auteur avide de nouer divers pans d'une aventure humaine, tant professionnelle comme médecin neuropédiatre que comme homme s'interrogeant, au cœur de ce monde, sur le statut de l'existence.

Le parcours est simple et l'enjeu profond. A travers une question apparemment classique –qui est l'homme de ce 21<sup>ème</sup> siècle et surtout comment le penser ?-, l'auteur s'approprie une question philosophique éternelle mais qu'il situe dans un cadre bien précis, celui d'une « inflation » des discours éthiques et plus particulièrement bioéthiques pour introduire un questionnement plus rare de nos jours : ne serait-il pas question d'aller comme à un au-delà des discours contemporains convenus pour se demander ce qu'il en est réellement de l'homme, dans son rapport à lui-même, aux autres, à son histoire, au monde ? Bien que le terme soit peu utilisé par l'auteur, il s'agirait à mes yeux de poser la question de la spiritualité comme cette réalité qui inscrit tout humain dans l'existence.

L'ouvrage comporte trois parties qui offrent au lecteur un réel cheminement philosophique certes, tout en même temps qu'une multiplicité d'exemples issus de la clinique et de la vie quotidienne permet au lecteur de s'approprier les enjeux théoriques d'une manière assez intuitive, personnelle : assumer sa biologie, assumer la relation, assumer sa « konomie ». L'idée de fond consiste à la mise au jour de la notion de développement, ce dernier s'inscrivant conjointement dans une corporéité, une vie psychique, une manière d'habiter le monde avec ses joies et ses limites constitutives (pertes, maladie, vieillissement, deuils, proximité et réalité de la mort). Au cœur d'une société trop tentée par le repli individuel et une conception étroite de l'autonomie pensée comme autarcie, autosuffisance du sujet, A. de Broca plaide pour une manière d'exister fondée sur le don et le pardon. Par de nombreux exemples et par une pensée s'étayant progressivement, il nous redit combien la vie est don en tout ce qui constitue le sujet humain (sa biologie, sa vie psychique, son être au monde, sa culture) invitant au par-don, c'est-à-dire à cette capacité de retisser sans cesse une dynamique d'alliance intersubjective permettant aux personnes concernées de découvrir ce qui les fait effectivement exister comme humain.

Cette dynamique de développement inscrite dans la reconnaissance d'une réelle altérité de l'autre permettant à tout sujet de devenir pleinement lui-même conduit l'auteur à aller au-delà, ou plutôt au plus profond de la notion contemporaine trop convenue d'autonomie pour proposer un néologisme, celui de « konomie » pour mettre davantage au jour les conditions socio-historiques et relationnelles d'une autonomie trop pensée pour elle-même, au seul niveau de la singularité d'un individu qui la requiert. Ici, il est question de penser l'autonomie dans son plein rapport à soi et à l'autre : « ... j'appelle *Konomie*, ce *Je* qui dit 'Je prends telle ou telle décision en pleine responsabilité et moi seul la prendra' parce que *Je* suis assumant totalement cette co-hérence, cette co-relation, cette singularité en lien avec autrui entre confiance, dons et pardons » (P. 205). On s'en rend compte, il ne s'agit plus ici de penser l'éthique -et la bioéthique réduite à ses quatre principes opératoires- dans le seul registre de la simple subjectivité, mais de penser la vie, la décision, l'engagement à partir d'un sujet toujours déjà inscrit, en son passé, son présent et son devenir, dans un rapport à l'autre, au monde, à l'histoire qui le constitue sans cesse comme sujet

singulier et relié aux autres. Seule la prise au sérieux de ce tissu constituant la trame de l'humain lui permettrait d'entrer dans la démarche éthique pensée et vécue comme anthropoéthique, c'est-à-dire capacité d'« être, en chaque instant et en chaque lieu de sa vie, ferment et acteur de développement pour soi et pour autrui. » (p. 227).

Cet ouvrage constitue un réel « entre deux » entre Ricœur et Levinas (p. 208) dans sa capacité à faire vivre ce qu'implique le fait d'être humain, malade ou bien portant, dans sa relation à soi-même ou aux autres. Même si l'écriture s'avère parfois longue et sinueuse, ce livre représente une très belle invitation à penser, se penser : qui suis-je ? Qui est l'autre pour lui-même et pour moi au point qu'il me donne de devenir moi-même, de me développer ? Ce sont là des questions fondamentales que nous n'aurons jamais fini d'épuiser et qui, conjointement, conditionnent la vérité de la rencontre de l'autre, bien portant ou malade. En ce sens, cet ouvrage de « retraite », pensée ici comme distance critique, sera utile à toutes celles et ceux qui, suffisamment décentrés d'eux-mêmes, portent au quotidien, dans le soin, la médecine et l'accompagnement, un réel souci de l'autre.

*Par Dominique Jacquemin.*

**ELLA S.E., Emmanuel Levinas, des droits de l'homme l'homme, Paris, L'harmattan, Philosophiques, 2009, 162 p.**

Steeve Ella nous montre ici le paradoxe des droits de l'homme et nous ouvre sur le droit de l'homme à partir de la pensée de E. Levinas. Levinas dans toute son œuvre propose un renversement de l'idée des droits de l'homme qui est une idée juridique assez abstraite renvoyant à un homme en général à l'idée de l'homme en tant qu'autre homme, autre que moi-même. Cet autre homme, autrui, devant qui je n'aurais que des devoirs et lui que des droits. Dans la dynamique du juridique, tous les hommes se ressemblent, n'ont que des droits identiques, régulés par des textes dont la rédaction même est sujette à caution, car soumise à une pensée de ce que devrait être l'homme en idéal. Pour E. Levinas, l'autre homme, est ce tout autre vis-à-vis duquel le moi est voué pour son bien et doit veiller au respect de sa vie.

Alors que le droit introduit une sorte de mêmeté de l'autre, « tous ont les mêmes droits selon la loi », quand cette pensée amène à introduire de *l'ego* pour tout autre et à devenir soit fusionnel soit à indirectement exclure tout ce qui ne pourrait pas être *ego*, la position de E. Levinas renvoie à une éthique fondamentale. L'autre m'appelle à son chevet. La paix, selon S. Ellas, commencera quand on aura compris que les droits ne s'appliquent pas à tous les hommes mais à l'autre homme, celui que j'ai face à moi en tout premier lieu.

Le livre se construit en trois parties. Il rappelle dans sa première partie comment les droits de l'homme ont pu émerger dans l'histoire de la pensée. Sa seconde partie tente de faire un bilan de l'efficience (ou plutôt de son inefficacité) de ces droits de l'homme pour éviter les soumissions de l'homme par l'homme. La troisième partie reprend la pensée décalée de E. Levinas pour penser les droits de l'autre homme. Qui est cet autre homme, en quoi est-il autre homme étant tout à fait autre et pourtant tout à fait comme moi ?

Son livre, facile à lire, offre une excellente façon de comprendre une partie de l'œuvre de E. Levinas et notamment celle qui est difficile à accepter pour nombre d'entre nous à savoir celle de cette responsabilité que l'autre m'impose dès que je le regarde. Il aide aussi à bien analyser ce qu'on appelle droits de l'homme afin de mieux appréhender les notions de dignité humaine qui semblent en résulter. Il nous montre qu'il ne suffit pas d'avoir des droits juridiques même au niveau international pour éviter les plus grandes tueries qu'on ait jamais connues.

*Par Alain de Broca*

**JC Fondras La douleur. Expérience et médicalisation, Ed. Belles Lettres, 2009, 280 p**

J.C. fondras, dans son expérience de directeur d'un centre de la douleur, nous conduit progressivement à questionner les origines, les causes de la douleur. Il interroge les sciences biologiques, philosophiques, médicales. Bon connaisseur des précurseurs sur la thématique (les philosophes comme Descartes, Spinoza, Leibnitz), il nous entraîne dans un aller retour constant

entre le vécu de la douleur et les différentes sciences de l'homme qui l'ont interrogé. Il tente d'esquisser quelques propositions sur le lien entre le médecin et son patient. Ce livre oblige à une lecture minutieuse. L'auteur se montre tout autant médecin que philosophe. Il s'adresse à toute personne qui s'intéresse aux questions sur la douleur et sur la souffrance (professionnels de santé, philosophes, théologiens). L'écriture est accessible mais elle requiert certaines connaissances des grands textes philosophiques et exige un certain effort de concentration.

*Par Brigitte Tison*

#### **Philosophie – Ethique**

- Honoré B. Le soin en perspective. Paris: Sedi Arslan; 2009.
- Valentin C. La fabrique de l'enfant. Paris: Cerf; 2009, 410 p.

#### **Droit**

- Gros Espiell Hector, Michaud J., Teboul G. et coll. Convention sur les droits de l'homme et de la biomédecine. Paris : Economica ; 2009, 674 p.

#### **Ethique clinique – Philosophie**

- Pandelé S. et coll. Accompagnement éthique de la personne en grande vulnérabilité. Paris: Sedi Arslan; 2009, 159 p.

#### **Réexamen de la loi bioéthique française**

- La documentation Française. Lois de Bioéthiques : réexamen, enjeux et débats. Regards sur l'actualité. Paris: La documentation française; 2009, décembre, 356, pp. 9–82.

#### **Génétique – Ethique**

- Knight S.J.L., Schmid M. et al. Genetics of mental retardation. Basel: Karger; 2010, 164 p.

#### **Psychiatrie – Psychanalyse – Psychologie**

- Arditi-Alazraki J. Un certain savoir sur la psychose. Paris: l'Harmattan; 2009, 296 p.
- Edmundson M. La mort de Freud. Paris: Payot, Ed « Désir » Coll. JD. Nasio; 2007, trad. en français en 2009, 232 p
- Bergeret J., Houser M. Sigmund Freud, suite et poursuite. Paris: Dunod; 2009, 296 p.
- Missonnier S. Devenir parent, naître humain. Paris: PUF Fil rouge; nov 2009, 481 p.

#### **Histoire – Culture**

- Darbo-Peschanski C. L'Historia, Commencements grecs. Paris: Gallimard, 2007.
- Quignard P. La Barque silencieuse. Paris: Seuil, 2009.

- Homi Bhabha, les lieux de la culture. Paris: Payot et Rivages; 2007, paru en 1994 en anglais (USA) sous le titre original *The locations of culture*, aux éditions Routledge, traduit par Françoise Bouillot.
- Feldman M. Entre trauma et protection. Quel devenir pour les enfants juifs cachés en France (1940-1944) ? Toulouse: Edition Erès; paru en octobre 2009, 348 p, 28 euros.- Jordis C. L'aventure du désert. Paris : Gallimard, NRF L'Infini ; septembre 2009, 279 p., 17 euros 90.
- Ponseti-Gaillochon A., Duchet C., Molenda S. Le Débriefing psychologique. Paris: Dunod; en novembre 2009, 263 p.

<b>Philosophie – Ethique</b>
------------------------------

**- Honoré B. Le soin en perspective. Paris: Sedi Arslan; 2009.**

B. Honoré est connu pour son implication dans les formations des infirmier(e)s et notamment un des trois membres fondateurs de la revue *Perspective soignante*. Son livre est ici une tentative d'écriture à partir de tous les textes de la revue, avec plongée dans les thèmes, dans les axes majeurs et ensuite de trouver les résonnances entre tous ces textes. La synthèse ne peut être que constructive pour les équipes qui cherchent à donner du sens aux soins. Il reprend des grands thèmes retrouvés comme l'appel à une éthique soignante, la pluridisciplinarité ou interdisciplinarité, et la notion d'équipe, les articles reprenant le soin dans les épreuves du vieillissement et de la fin de vie, et les textes relatifs à la formation au soin.

Les mots de *perspective soignante* ont été repensés à la lumière des articles et de la définition donnée par W. Hesbeen : « *la perspective soignante procède de liens entre une pensée, une intention et sa mise en œuvre concrète* ». Le soin renvoyant toujours à la notion de l'autre toujours singulier par son état et sa temporalité. B. Honoré relie ensuite ces réflexions à celles qu'il reprend de la philosophie notamment de Teilhard de Chardin, d'Heidegger et de Ricœur. Il terminera ensuite sur une notion qui lui tient à cœur. Le soin se doit être un « humanisme humanisant » puisque le soin doit faire émerger en l'autre son humanité. Ne reprendrait-il pas indirectement la maïeutique socratique ?

Ouvrage bien utile pour mieux s'engager dans la formation des infirmier(e)s qui s'universitarise même s'il parfois un peu complexe à lire du fait de la volonté de l'auteur de faire des distinctions précises entre tous les aspects du soin et de chaque notion que la perspective du soin recouvre, le tout en lien avec un travail de retour aux fondements philosophiques.

A. de Broca

**- Valentin C. La fabrication de l'enfant. Paris: Cerf; 2009, 410 p.**

Volumineux livre de 410 pages. L'auteur tente de montrer combien les idées sur l'enfant et l'enfance ne sont pas si modernes que cela. Il prend acte de ce que l'histoire nous amène à comprendre l'enfant dans les civilisations anciennes à travers les textes que ces traditions ont écrits sur les médecins. Le médecin de ces contrées étant celui qui aidait le mieux à donner la perception de la place de l'enfant dans cette civilisation. Vrai travail historique, épistémologique et éthique pour montrer que la façon dont est envisagée la notion d'enfant à partir des nouvelles perspectives de la procréation ne peut se faire sans le passé. La vraie modernité n'est pas d'oublier le passé car le passé nous construit. Donner du sens à la vie naissante, c'est voir loin et assumer ses origines.

C. Valentin nous renvoie tout d'abord loin en arrière, au temps des sumériens, où l'enfant était riche de l'histoire naissante mais était considéré aussi comme survivance du passé. « *Avoir des biens est une chose qui mobilise des forces, mais rien ne vaudra jamais des enfants* ». Ensuite il nous fait parcourir le monde grec qui n'est certes pas homogène sur l'enfant. Rien de commun en effet entre Sparte et Athènes. Et pour Hippocrate, si l'enfant n'a aucun droit civique il est au centre de son humanisme et de sa recherche clinique. Avec sa notion d'une science médicale qui ne doit rien aux dieux, il amène aussi à voir que la maladie n'est pas signes de malédiction et cela est aussi vrai pour les maladies touchant l'enfant.

Troisième volet historique avec les enfants en Israël. L'histoire de l'enfant se fonde dans le souffle de la Bible. L'enfant devient même histoire d'Israël. Son importance grandit au fil de ce grand livre et l'enfant est celui qui apporte l'avenir. Sa position est particulière.

Ces trois sociétés montrent à leur manière combien l'enfant par sa vulnérabilité, par sa fragilité (la mortalité infantile était très élevée puisqu'environ un enfant sur 5 mourrait dans les premières années de vie) avait cependant pris une place. Mais elles montrent aussi combien l'enfant pouvait n'être qu'objet, objet de vente, objet d'exposition afin qu'il meure.

Pour ouvrir sur une réflexion encore plus forte entre l'histoire et aujourd'hui, l'auteur reprend les mythes de l'enfant embryon ou de l'enfant à peine né. D'une part, il y a les textes d'Hippocrate, d'Aristote, d'Assaph ou de Maïmonide. Tous les textes parlent de la vie à promouvoir dès la conception et tous tentent de parler de l'animation de ces corps en puissance. Les différentes conceptions présentées permettent de comprendre un peu mieux les questions d'aujourd'hui. En effet les paradoxes ne manquent pas en toute époque. Si par exemple, l'enfant pouvait être exposé afin de mourir, voire vendu pour être adopté, la vision de la santé renvoyait d'abord à la métaphysique et au religieux. Aujourd'hui, la science a permis de vaincre nombre de maladies et tend à croire qu'elle est seule à pouvoir donner du sens à la vie. Au point qu'elle peut être tentée de dire qui est conforme ou non au vivre ensemble, créant ainsi de nouvelles frontières. Si l'exposition n'existe plus réellement, elle est de fait institutionnalisée par les instruments de la science. D'ailleurs, les instances internationales ou les politiques valident implicitement la mise sous curseur de ce qu'on peut considérer comme digne de vivre ou non.

Un grand travail de recherches historique et épistémologique qui montre le risque de s'écarter à tout prix de l'histoire et de la culture. Un livre dont les droits d'auteurs sont reversés à pédiatres du monde.

A. de Broca

## Droit

### **- Gros Espiell Hector, Michaud J., Teboul G. et coll. Convention sur les droits de l'homme et de la biomédecine. Paris : Economica ; 2009, 674 p.**

Ce très gros volume de 674 pages, est réalisé par de 34 collaborateurs. Il reprend chaque article de la convention d'Oviedo signée le 4 avril 1997.

La convention est un texte international pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : convention sur les droits de l'Homme et de la biomédecine. Texte imposant par ses ambitions. Le livre ne peut qu'être lui aussi imposant, comme l'écrit G. Teboul, en début de son introduction. Il termine en soulignant que si l'ambition était d'établir une réflexion à visée universelle, elle pourrait déjà constituer le moteur principal d'un droit continental de bioéthique. En effet, il est important de tenter de ne pas favoriser par des juridictions trop locales des « paradis biomédicaux » permettant aux personnes de « bénéficier » de certaines techniques alors que d'autres pays les auraient interdites. Cela ne ferait que promouvoir une ségrégation entre les peuples, bien souvent selon le moteur de l'argent.

Le préambule rappelle avec force qu'il y a nécessité d'établir des règles internationales car le développement de la biologie et de la médecine sont très rapides au point que l'être humain pourrait ne plus être respecté en tant qu'individu et en son appartenance à l'espèce humaine. Il est urgent d'en assurer sa dignité car les progrès de la biologie et de la médecine peuvent aisément être improprement utilisés aujourd'hui et contre les générations futures. Seuls des règles internationales permettront à l'humanité entière de tirer profit de ces progrès. Elles doivent alors permettre à ce que tous puissent devenir responsables de l'évolution de l'humanité. Si 25 articles sont consacrés à la réflexion sur des thèmes impliqués dans l'aide à l'homme malade (notamment, la protection des personnes n'ayant pas la capacité à consentir, souffrant d'un trouble mental, les situations d'urgence, la vie privée et droit à l'information, autour du génome humain, sur les recherches scientifiques, sur les prélèvements d'organes sur des donneurs vivants, utilisation d'une partie du corps humain), plus de 13 articles sont ensuite consacrés à adapter ces propositions aux droits nationaux, voire à donner à chaque signataire la possibilité de ne pas signer totalement la convention. S'il y a donc encore beaucoup de travail pour que ce type de texte puisse être réellement une pièce réglementaire internationale, il n'empêche que le respect de l'homme défaillant ou vulnérable ne peut que sortir grandi de ces premiers textes.

Une convention à approfondir et je dirai à soutenir afin que le bien vivre ensemble puisse se dire et de faire dans le grand village nommé « terre ».

Livre à conseiller évidemment notamment en ces temps de révision de la loi de bioéthiques en France.

Je me permets ici une remarque supplémentaire. Je voudrais souligner que ce n'est pas la médecine clinique qui amène de tels risques de débordement sauf à dire que l'utilisation de ces progrès sont in fine médiée par un médecin et qu'il semble en être les derniers prestataires. Mais il faut surtout dire que les progrès en ces matières sont réalisés par des ingénieurs, des informaticiens, des biologistes, des pharmaciens, des chimistes qui donnent de nouveaux outils à mettre en œuvre auprès de l'homme. Et c'est probablement là que le débat doit aussi se pencher. Comment ne pas faire miroiter à l'homme malade un bienfait dès lors qu'on a découvert une nouvelle technique semble susurrer tous ces chercheurs tous affiliés aux industriels alors même que la médecine clinique n'a absolument pas le temps d'éprouver scientifiquement la réalité de ces bienfaits. Qui a intérêt à promouvoir ces techniques auprès de l'homme si ce n'est les lobbies financiers qui veulent les promouvoir ! A quelle aliénation le médecin risque-t-il de se laisser aller si on ne l'aide pas par des règlements internationaux ?

**- Pandelé S. et coll. Accompagnement éthique de la personne en grande vulnérabilité. Paris: Sedi Arslan; 2009, 159 p.**

Quelle profondeur dans ce livre écrit à plusieurs voix. Merci pour l'ajustement à ces personnes si vulnérables et si défaillantes.

Parler du Clair-obscur (E. Fiat) c'est dire combien la maladie est aussi signe de vie. Une vie que cette personne, se présentant pourtant sous une forme particulière appelée démence, demande à faire authentifier. Cela grâce à ce *Toi*, c'est-à-dire la famille qui revient encore et encore, cela grâce au soignant qui répète tous les jours un soin même si cet autre souffrant ne répond pas, cela grâce au bénévole qui « donne » tout simplement de son temps.

Ce livre nous ouvre sur des secrets comme celui de la vigilance ou de la patience, et ouvre sur le principe de réalité. La mort est présente et il serait trop facile de laisser à la grande faux toutes ces personnes qui ne semblent plus autonomes. Une mort sociale avant une mort à « donner » quand trop d'angoisses étreignent familles et soignants. Et pourtant « *ma mère m'a sourit ! Pensez-vous qu'elle a voulu me dire quelque chose* » demande une jeune femme à l'infirmière (M. Anton). Que le soignant soit veilleur de la vie de celui qui ne saurait plus se raconter puisque la mémoire est aussi ce que racontent ceux qui sont présents nous dit B. Burucoa. Utopie que de vouloir aider une personne présentant un polyhandicap. Illusion que de vouloir le voir avec un projet puisque toute personne se définit dans notre société par le projet de vie. Comment vivre tout simplement avec ces personnes si les soignants qui sont leur garant ne parlent d'eux qu'en termes de maladies ou de diagnostic ? Redonner du temps à la parole permettra sans doute de faire place à du symbolique... source de l'éthique. (Ph. Chavaroche).

Il est difficile de ne pas avoir envie de fuir face à ces patients qui nous amènent à vivre parfois des remords de ne pas faire assez ou à vivre des dilemmes pour lesquels il ne semble y avoir finalement aucune issue rappelle E. Fiat. Et l'habitude guette le soignant au point qu'il esquive ou se mette à s'obstiner, deux attitudes néfastes. Il est pourtant si nécessaire de développer la *prudence* qui ne pourra se vivre que si les soignants forment une véritable équipe. E. Zucman reprend Kierkegaard pour dire combien il faut être en attention constante avec celui qui est en grande dépendance « *Si je veux réussir à accompagner un être vers un but précis, je dois le chercher là où il en est et commencer là, justement là. Pour aider un être, je dois certainement comprendre plus que lui, mais d'abord comprendre ce qu'il comprend. Si je n'y arrive pas, je ne peux aider l'autre* ». Le temps vécu, c'est à dire la capacité à donner du sens au temps chronologique qui passe, est au cœur de l'attitude du soignant même si cela l'oblige à une perte de maîtrise (Lavergne). Mais que c'est dur d'être patient, se dit tout soignant ou tout membre de la famille, sauf à être capable de se mettre dans une attitude où l'accompagnement se conjugue autant par son côté technique des soins que du point de vue spirituel (T. Chatel). Cette dernière dimension nous renvoie à un devoir de certifier jour après jour, et ce à l'encontre de certaines philosophies pragmatiques utilitaristes, que la personne dépendante est bien un être humain, est bien une personne et est tout autant un sujet. Ce n'est qu'à ce prix là que l'humanité peut continuer à se dire pleinement humanité. (S. Pandelé).

Ce livre est à lire par tous, car sa justesse est grande. Merci à tous ces auteurs de nous avoir traduit ce que leurs équipes doivent certainement tendre à mettre en œuvre. Merci de nous y inciter.

Note du lecteur. On peut comprendre qu'en tant que neuropédiatre, ces mots me réconfortent. Surtout quand on peut lire que certains prônent toujours et encore plus de critères qui permettraient à un médecin de procéder à une euthanasie vis à vis de celui qui est censé ne plus avoir de bonne vie voire sera censé de ne pas pouvoir en avoir une. Ex du "*Protocole de Groningen*" aux Pays Bas qui à ce jour admet l'euthanasie pour les enfants de plus de 12 ans mais que certains parlementaires veulent utiliser pour autoriser l'euthanasie des nouveaux-nés dès lors qu'ils auraient une pathologie lourde susceptible de rendre leur vie difficile.

**- La documentation Française. Lois de Bioéthiques : réexamen, enjeux et débats. Regards sur l'actualité. Paris: La documentation française; 2009, décembre, 356, pp. 9-82.**

Nous recommandons une autre revue de la documentation française portant sur quelques enjeux dits bioéthiques.

Une première information de cette revue souligne l'itinéraire juridique d'une femme homosexuelle pour obtenir le droit à l'adoption, droit qui a été ouvert par la HALDE (Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité) en 2008 et ordonné par le tribunal administratif en novembre 2009.

D. Thouvenin, juriste, reprend les différentes lois qui portent sur des aspects bioéthiques et montrent combien le réexamen (et non révision) de la loi 2004 est un enjeu économique mais aussi politique. Au delà de toutes les informations données il est intéressant de noter les questions que se posent l'auteur sur le terme « bio » et sur le terme « éthique » dans une loi.

Deux articles avec des argumentaires contradictoires portent ensuite sur l'enfant porté par autrui ou la grossesse pour autrui (GPA). G. Delaisi de Parseval veut montrer le besoin de permettre la GPA. Elle reprend les contradictions qui existent déjà en droit français concernant l'indisponibilité du corps humain et de l'état des personnes. Elle reprend ensuite des arguments positifs de quelques femmes ayant été mères porteuses ou des analyses israéliennes. Peut-être aurions-nous pu attendre d'elle un argumentaire psychanalytique qui en soi aurait été très pertinent ? J'aurais aussi attendu qu'elle s'inquiète de la perte de la notion d'individuation jusqu'à donner l'impression qu'elle valide la notion positive de mère hybride comme le font ces études israéliennes ! S. Agacinski souligne quant à elle que le mot même de GPA est une formule mystificatrice. Il est tellement plus facile de passer sous silence le risque de toute grossesse pour une femme, la douleur de tout accouchement et le post-partum blues, pour seulement mettre en exergue l'altruisme béat de don d'un enfant par une telle formule ! « *On espère parer l'aura du dévouement et du cœur la location du ventre comme on gratifie la sordide prostitution des charmes de la générosité féminine* ». N'oublions pas que le contrat passé entre un couple et une femme régit minute après minute la vie de cette dernière. Une femme peut-elle mettre une barrière étanche entre son corps et sa vie psychique se demande-t-elle, la forçant à déconnecter son temps biologique de son temps biographique ? La femme porteuse est donc dépossédée d'elle-même en tout temps de sa vie, et est donc dans une situation d'instrumentalisation déshumanisante. D'autres éléments sont ensuite présentés pour dire combien la dignité de la femme porteuse mais aussi de sa famille et notamment de ses propres enfants et de l'enfant à venir est mise enjeu. Enfin, pourquoi tant de questionnements alors que seuls quelques rares pays même en Europe conviennent de l'accepter et avec toujours beaucoup de précaution.

S. Cadolle, sociologue présente les principaux arguments qui s'affrontent sur le don des gamètes. Anonymat et gratuité, exclusivité du don à un couple hétérosexuel et non rétrocession du sperme congelé après le décès de l'homme sont autant de points de discussion.

L'article de P. Le Coz ouvre sur le respect sur l'embryon humain. Ni chose, ni encore personne juridique, il n'est pour autant propriété de personne et ne saurait faire l'objet de transaction. Il reprend la question du diagnostic préimplantatoire qui doit à son avis rester rare mais veut nous expliquer qu'il ne doit pas être présenté sous une forme négative de tri c'est à dire d'un eugénisme mais le considérer comme une démarche humaniste. L'embryon implanté après la mort du père amène à être prudent.

E. Martinent, fait ensuite une analyse comparée des législations à partir des prélèvements d'organes. Y sont discutés les principes d'invulnérabilité et d'intégrité du corps humain, du consentement présumé implicite ou une option volontaire selon les pays. Les prélèvements sur cœur arrêté comme les dons d'organes de donneur vivant sont repris avec les différentes perspectives juridiques sans oublier le drame que posent les trafics d'organes qui ne font que s'accroître via internet. Comment réguler internationalement cela ?

## Génétique – Ethique

**- Knight S.J.L., Schmid M. et al. Genetics of mental retardation. Basel: Karger; 2010, 164 p.**

Comment faire pour aider un enfant présentant une maladie neurologique ou psychiatrique si ce n'est en trouvant d'abord l'origine de son trouble et ensuite à pouvoir en déterminer au mieux une perspective thérapeutique. Les biologistes et les généticiens avancent à grand pas.

Pour une famille, comprendre la raison de la déficience est importante, car la rationalité de l'homme demande à pouvoir mettre une cause sur un tel déficit. La recherche du diagnostic est un préliminaire à être éthique pour la famille. Mais on sait aussi combien la façon dont on parle de la personne : il est tel diagnostic ou il a telles difficultés, ou il présente ces perturbations est une façon d'enfermer ou au contraire est une ouverture pour mobiliser les ressources de celui qui est atteint.

Tout le livre est ensuite une présentation des différentes perspectives génétiques et cytobiologiques des pathologies mentales et psychiatriques tels les syndromes autistiques. La qualité scientifique est remarquable et permet au clinicien de savoir comment et quoi étudier face à des signes cliniques anormaux. Il montre de ce fait combien la complexité de la génétique est majeure puisque la clinique ne peut pas être rapportée aux mêmes anomalies ou plutôt des mêmes anomalies génétiques (*copy number variant*) n'entraînent pas les mêmes symptomatologies !

Livre au fait des dernières données à avoir pour tous ceux qui sont au contact de ces familles. Je me permets cependant deux remarques. Si le livre commence avec deux textes moins scientifiques, je pense que dans les années futures ces livres de scientifiques gagneront à encore plus s'ouvrir à des articles anthropologiques, ou éthiques en soulignant par exemple les impacts de tels progrès sur la famille au sens large du terme, ou en montrant comment on se sert ensuite de ces données pour certes traiter si c'était possible mais aussi pour éliminer en anténatal tous les fœtus qui ne répondraient pas aux critères idoines que la société aura choisis. Il eut été apprécié d'avoir un peu plus de réflexion éthique. Car on sait combien les critères d'exclusion sont rapides à mettre en œuvre même si la science ne peut tout prédire. Enfin, ce livre nous montre combien la complexité de notre patrimoine génétique est fascinante et devrait à mon sens permettre d'être toujours plus circonspect à enfermer un être dans une destinée génétique.

A. de Broca

## Psychiatrie – Psychanalyse – Psychologie

**- Arditi-Alazraki J. Un certain savoir sur la psychose. Paris: l'Harmattan; 2009, 296 p.**

Jacy Arditi-Alazraki présente un certain nombre de textes d'auteurs qui nous introduisent à l'approche de la psychose. Qu'il s'agisse de textes de V. Woolf, H. Melville ou de la correspondance de V. Van Gogh avec son frère Théo. Avec ce choix, l'auteur ajoute ses propres commentaires à partir de son travail d'analyste. Elle nous montre de manière tout à fait intéressante ce que peut représenter cette maladie pour ceux ou celles qui en sont atteints. Terrible rencontre comme à travers la description de Bartleby par H. Melville, éblouissante lecture sur ce qu'a pu vivre Van Gogh à travers certaines lettres adressées à son frère.

Nous recommandons vivement à tous ceux et celles qui sont conduits à cheminer avec des patients psychotiques, à ceux et celles qui veulent mieux comprendre l'inquiétante étrangeté de la psychose l'ouvrage de Jacy Arditi-Alazraki.

La lecture à aucun moment ne rebute le lecteur. Pas de surprise pour déchiffrer ce qui se cacherait derrière les mots.

B. Tison

**- Edmundson M. La mort de Freud. Paris: Payot, Ed « Désir » Coll. JD. Nasio; 2007, trad. en français en 2009, 232 p**

Mark Edmundson décrit les dernières années de Freud à Vienne puis à Londres (dans son exil). Il nous présente Freud s'interrogeant sur la question de l'autorité. Comment les individus peuvent être fascinés par un dictateur (Freud vit la montée de Hitler) ou un chef religieux, tout puissant. L'auteur puise dans le dernier ouvrage de Freud : Moïse et le monothéisme (publié en 1939). Il montre comment celui-ci explique le besoin d'un père. Dans son travail d'élaboration de la psychanalyse, il fait de cette problématique un passage incontournable pour aider ses contemporains à s'autonomiser, à se dégager de toute forme de dépendance idéologique en particulier, à prendre ses distances par rapport au chef quel qu'il soit. Le livre m'a paru d'autant plus intéressant que l'auteur le situe bien dans le contexte où la réflexion de Freud s'est déroulée. La lecture est intéressante. Le texte bien écrit. Nous le recommandons à tous ceux qui s'intéressent à la psychanalyse, à Freud et à ses écrits, à ceux qui s'interrogent sur la question de l'autorité et à ceux qui s'intéressent à l'histoire. Car le contexte bien décrit est celui de la période d'avant l'occupation nazie.

B. Tison

**- Bergeret J., Houser M. Sigmund Freud, suite et poursuite. Paris: Dunod; 2009, 296 p.**

J. Bergeret nous a habitué à un travail méthodique en psychopathologie. Son Abrégé de psychopathologie a ainsi fait le tour des classes de psychologie et chacun des psychologues peut dire que ce fut pour lui ou elle un livre de référence.

Cette fois, J. Bergeret nous propose sa longue expérience de clinicien, de psychiatre des hôpitaux, de Professeur à Lyon 2.

Il nous offre sa réflexion sur l'œuvre de Freud. Commençant par retracer les compléments possibles à la théorie freudienne, il évoque certaines critiques et les limites d'une théorie fondée sur l'œdipe. Il souligne l'insuffisance de la période narcissique et s'autorise à écrire : « *Wo es war sollen Ich werden* ». Là où était le ça, le moi doit advenir le moi, il propose : là où le ça était doit advenir le soi. Il interroge la pulsion de mort et présente une théorie de la violence, véritable instinct de conservation chez tout individu. Il livre enfin une catégorie pathologique spécifique : les états limites et des patients dépressifs. Le livre de Bergeret et Houser (qui lui arrêtera toute son attention sur la période de la vie fœtale) est un livre incontournable à qui s'appuie sur les textes freudiens. Il enrichit l'histoire des connaissances en psychopathologie en gardant une grande maîtrise dans son travail d'élaboration.

Ce livre est destiné surtout aux psychologues, aux psychiatres, aux psychanalystes. Il n'est pas si facile d'abord car il demande la bonne connaissance de tous les textes de Freud.

B. Tison

**- Missonnier S. Devenir parent, naître humain. Paris: PUF Fil rouge; nov 2009, 481 p.**

Missonnier développe l'espace du virtuel chez l'homme. Ce n'est pas depuis l'explosion de l'informatique et des nouvelles technologies (internet) que nous avons accès au virtuel, mais nous sommes nés dedans, voilà l'argument que défend l'auteur.

Il se trouve au cœur de la rencontre des processus du devenir parent, du naître humain et du suivi des soignants.

L'auteur s'interroge alors sur l'objet du fœtus et sur le fœtus comme objet. Il présente comme hypothèse : la relation d'objet virtuelle (la ROV). Pour lui (cité par Ch. David) la ROV représente « la matrice virtuelle de toute la filière utérine des cristallisations de la relation d'objet ».

Cette modalité constitue l'axe dynamique du processus de parentalité et du processus d'humanisation. Elle concerne donc à la fois le devenant parent, l'embryon et le fœtus. L'esquisse d'une véritable embryologie de l'intersubjectivité donne l'occasion d'engager le débat des traces énigmatiques de la préhistoire liquidienne de la pulsion et de la relation d'objet.

A travers la consultation anténatale, le psychologue peut accueillir toutes les difficultés que vivent les femmes enceintes au cours de leur grossesse, les pères des futurs bébés, les versions aliénantes de ces empreintes primitives qui s'inscrivent en temps réel dans le corps de l'embryon puis du fœtus et après coup chez l'être humain né.

La lecture de l'ouvrage n'est pas aisée. Les illustrations facilitent cette lecture. Le travail méthodologique et réflexif de S. Missonnier apparaît fort intéressant pour le thérapeute qui ne peut limiter son attention à la seule symptomatologie post natale. L'approche de cette période ante natale ouvre à beaucoup de questionnements et apportera peut-être d'autres clés pour une meilleure compréhension de certaines maladies ?

Nous recommandons la lecture de cet ouvrage à tout psychologue, psychiatre, psychanalyste qui s'intéresse au développement de l'être humain.

B. Tison

**- Darbo-Peschanski C. L'Historia, Commencements grecs. Paris: Gallimard, 2007.**

Du mythe au récit évènementiel historique, le temps de l'enquête s'interpose du délit à la sanction pénale, le temps de la preuve s'intercale. De la maladie au constat de mort clinique, le temps de l'autopsie s'insère. L'objectivité de la discipline historique décompose tout en composant avec le temps. Et si le temps n'existait pas ? Et si la marche des disciplines et du *socius* évoluait indépendamment du temps et de l'espace ? Autant d'interrogations pertinentes constituant chacune de véritables invitations au risque d'une certaine longueur, Catherine Darbo-Peschanski, dans son ouvrage *L'Historia, Commencements grecs*, essaie de rendre la science historique à son originalité première, depuis Hécateé de Milet, Hérodote, Thucydide comme autant de points polémiques convoqués à cette vaste enquête sur les métamorphoses de l'istoria, pour enfanter le devenir de l'historiographie des Grecs.

C. Houegbé

**- Quignard P. La Barque silencieuse. Paris: Seuil, 2009.**

Peut-on lire un dictionnaire comme un roman ? Traverser sans cloisons définies l'archéologie et l'histoire, le mythe et l'autopsie, le tourbillon des choix de la créativité ? La solitude, la finitude, l'identité et le langage, la vie et la mort, se déclinent et se répondent en écho à des expériences archaïques, et que chacun peut retrouver intimement en soi-même, dans un dire alternant la précision documentaire avec le geste poétique. Dans le miroir de l'épreuve immémoriale de l'être, l'auteur convoque la mémoire des servitudes et des libertés dans lesquelles se tisse l'humain. Et si le pari de Pascal Quignard était d'inviter à réfléchir tout en s'enrichissant ? Peut-être *La Barque silencieuse* vaut le détour d'une appropriation éthique.

C. Houegbé

**- Homi Bhabha, les lieux de la culture. Paris: Payot et Rivages; 2007, paru en 1994 en anglais (USA) sous le titre original *The locations of culture*, aux éditions Routledge, traduit par Françoise Bouillot.**

Que risque-t-on à déconstruire nos certitudes ? Le Sol du désert tour à tour meuble et rocailleux chante l'alternance des certitudes et des doutes. Homi Bhabha, non sans pertinence, invite à repenser l'émergence de canevas sémantiques régissant les sociétés occidentales contemporaines. Peut-on nommer sans stigmatiser, peut-on stigmatiser sans scotomiser ? L'acte de parole dans sa genèse n'est jamais vierge d'intention. Si les filles naissent dans les roses et les garçons dans les choux, les mots naissent d'où ?

C. Houegbé

**- Feldman M. Entre trauma et protection. Quel devenir pour les enfants juifs cachés en France (1940-1944) ? Toulouse: Edition Erès; paru en octobre 2009, 348 p, 28 euros.**

Voilà une étude qui vient combler un manque dans le champ de la psychologie clinique.

C'est tout le mérite de l'auteur qui se présente comme enfant de parents eux mêmes enfants cachés pendant la seconde guerre mondiale d'offrir à un public de psychologues, psychiatres, médecins ... une étude sur les ressentis, les vécus, les conséquences des traumas d'enfants cachés pendant le conflit. M. Feldman développe 6 chapitres où elle commence par rappeler l'histoire de France et des Juifs (du Moyen Age à la seconde guerre mondiale), puis le sort des enfants juifs en 1939-1945. Elle fait ensuite le point sur les travaux réalisés sur cette problématique. Ensuite elle offre au lecteur le parcours -grâce à des entretiens- d'une dizaine de témoins et analyse les lignes de vulnérabilité, les conséquences du trauma, les facteurs de compétence avant de clore son étude par des propositions de soins et suivis à l'intention des victimes.

Cette étude (thèse en l'occurrence) s'adresse à toute personne qui travaille avec des victimes de traumas (psychologues, médecins ...) aux étudiants qui n'ont pas connaissance de l'histoire française ... Comme la rafle du vel' d'hiv, le sort des enfants cachés appartient à l'histoire du pays et donc une telle recherche s'adresse à tous et toutes vivant en France.

B. Tison

**- Jordis C. L'aventure du désert. Paris : Gallimard, NRF L'Infini ; septembre 2009, 279 p., 17 euros 90.**

Deux vies, deux cheminements qui conduisent l'auteur à nous montrer comment et en quoi les deux héros de son livre se ressemblent. L'appel du désert sous entend chez l'un comme chez l'autre une aspiration à vivre quelque chose d'autre que ce que la société d'avant la première guerre mondiale proposait, à pousser jusqu'aux extrêmes la confrontation à l'existence (renoncement, pauvreté, solitude). Charles de Foucauld rencontre Dieu tout en se mettant au service de la France alors engagée dans les guerres coloniales, Lawrence d'Arabie devient un peu « un moine laïque » abandonnant toute idée de pouvoir. Ce livre sous forme de roman historique présente ainsi la vie de deux hommes à la recherche d'une quête inlassable de la vérité et de l'espace intérieur qu'elle exige. Il s'adresse à toute personne qui a besoin de se réenergiser, à celui ou celle qui recherche un peu d'absolu.

B. Tison

**- Ponseti-Gaillochon A., Duchet C., Molenda S. Le Débriefing psychologique. Paris: Dunod; en novembre 2009, 263 p.**

Le contexte d'incidents en tous genres à commencer par l'exemple des guerres, des catastrophes naturelles, des crashes d'avions a entraîné depuis plusieurs années une série de réflexions et d'élaboration de plan d'interventions psychologiques, psychiatriques tant sur le plan international que national.

En France, depuis une quinzaine d'années, des cellules d'urgence médico-psychologique se sont mises en place afin de répondre dans chaque département et lors de catastrophes aux soins nécessités par ces mêmes évènements traumatogènes.

Rocq, Lebigot, psychiatre et militaires, accoutumés aux terrains de guerre ont été les précurseurs de cette réflexion et pratique des soins. Depuis, bien d'autres auteurs et praticiens dont des psychologues ont suivi.

Ce livre présente la proposition de 3 psychologues qu'elles ont appelé l'intervention post immédiate psychothérapeutique (IPPI). Les 3 auteurs appartiennent aux cellules d'urgence (CUMPS de l'AFORCUMPS-SFP).

Après avoir évoqué l'histoire, l'évolution des différentes méthodes d'intervention psy mises en place pour pallier aux conséquences des traumatismes (debriefing, defusing, CISD de Mitchell ...). Ces mêmes auteurs décrivent à partir de vignettes cliniques ce qui se passe dans ces situations et contextes et comment elles interviennent. Elles présentent bien évidemment leur proposition d'intervention.

Cet ouvrage s'adresse tout autant aux professionnels du psychotraumatisme qu'aux professionnels qui voudraient connaître les soins immédiats et post immédiats qui sont proposés aux victimes et aux sauveteurs ainsi qu'aux étudiants et à tous les professionnels en formation dans ce champ.

Les auteurs mettent en garde à juste titre le savoir et la pratique. Un certain savoir ne suffit pas à justifier une intervention.

La lecture de ce livre ne présente pas trop de difficultés et reste accessible à tout un chacun.

B. Tison

Articles parus dans la REVUE ETHIQUE ET SANTE

(Rédacteur en chef, Alain de Broca)

( La revue est consultable au service de la communication – Hopital Nord et à l'espace éthique (1<sup>er</sup> étage, Direction clientèle, poste 67920)

### Tensions entre le savoir et le croire d'une personne face à l'annonce de la maladie

Correspondance

A. de Broca,  
à l'adresse ci-contre.  
e-mail : debroca.stain@chu-amiens.fr

A. de Broca

Unité de Neuropédiatrie, CHRU Amiens, 80054 Amiens.

#### Résumé

Comment « dire la maladie » pour que la personne souffrante puisse accueillir au mieux cette information déstabilisante ? Comment cette personne souffrante peut-elle entrer dans la connaissance et la conviction de cette information tout en retrouvant en elle les ressources nécessaires à continuer de vivre ? Dire la maladie est un processus complexe comme le rappelle le code français de déontologie médicale (articles 35 et 36). La dernière loi française du 4 mars 2003 sur les droits du patient oblige de plus à donner toute la connaissance au patient en vue de lui permettre d'être plus autonome dans son choix de vie. L'expérience clinique montre qu'entendre la vérité sur sa maladie (processus cognitif - Savoir) n'est pas suffisant pour que le malade ou sa famille s'approprie et adhère (processus global - Croire) à cette information. Savoir et croire sont deux processus différents et souvent dissociés. Nous présentons quatre exemples tirés de notre expérience pédiatrique qui soulignent combien des parents face à la maladie de leur enfant ont une grande difficulté à conjuguer connaissance et adhésion à l'information entendue et qui soulignent comment cela retentit sur leur comportement de parent « autonomes ». Dire la maladie ne peut donc pas se résoudre à un seul moment informatif mais doit se vivre comme une étape longue, avec nécessité de répétition et d'adaptation à l'histoire et à la singularité de celui à qui elle est présentée pour espérer qu'il se l'approprie pleinement.

Mots-clés : croire - savoir - dire la maladie

#### Summary

Coping with announcement of disease: knowledge versus belief  
de Broca A. *Ethique & Santé* 2004; 1: 42-44

How can an illness be announced so the suffering patient can better accept this destructive information? How can the suffering person cope with this information and find the resources necessary to continue living? Announcing an illness is a complex process as is recalled by the French code of medical deontology (articles 35 and 36). The most recent French law of March 4, 2003 concerning patients' rights requires the patient be given full information allowing him/her to make independent decisions about his/her own life. Clinical experience has demonstrated that learning the truth about an illness (cognitive process — knowledge) is not sufficient for the patient or family to appropriate and cope with this information (global process — believing). Knowing and believing are two different processes. We present four examples from our own pediatric experience demonstrating how parents have great difficulty believing their own knowledge of their child's illness. These examples illustrate how this disconnection can have an effect on "independent" parental behavior. Announcing an illness is not limited to simply delivering information at a given time but must be construed as a long-term process requiring repetition and adaptation to the unique history of each recipient of the information in order to achieve full "knowledge" and appropriation.

Key words: knowledge - believing - announcing illness

Alors qu'il est de tout temps légitime, codifié [1] et désormais légiféré [2] d'informer tout patient ou son représentant de sa maladie et de la gravité de celle-ci, le patient ne peut tout comprendre ni adhérer à ce qu'il vient d'entendre sans vivre une déstabilisation d'autant plus importante que le diagnostic remet en cause le pronostic vital. Chaque sujet va adapter très singulièrement son écoute et la compréhension de cette information selon sa perception toute inconsciente du danger qu'elle représente en elle-même. Les stratégies de défense sont nombreuses notamment du point de vue psychique. Nous dégageons à partir de notre expérience en neuropédiatrie les difficultés que nous renvoyent les parents d'enfants gravement malades pour conjuguer leur compréhension de l'information donnée (« savoir ») et leur interprétation et appropriation de cette information (« croire ») entraînant alors des malentendus et des obstacles dans la dynamique visant à soigner au mieux l'enfant malade. Nous précisons ensuite quelques réflexions afin d'aider le soignant à ne pas tomber dans une écoute ou une démarche d'éludation, de dénigrement, d'intolérance et encore moins d'indifférence.

Savoir une information n'est pas suffisante pour que son détenteur adhère et s'approprie celle-ci.

#### Quatre exemples cliniques

##### Savoir et ne pas y croire

Une petite fille La. est suivie dès sa naissance dans le service pour une encéphalopathie épileptique sans cause retrouvée. À neuf mois, son épilepsie s'aggrave. L'hospitalisation est nécessaire et l'escalade thérapeutique reste peu efficace. Les deux parents unis sont

## **Etre soignant face à la gestion économique. Propos philosophiques.**

de Broca Alain

### Résumé

Vivre en communauté au quotidien nécessite des échanges et donc la mise en place d'un type d'économie. Le champ de la santé n'y échappe pas, d'autant que vouloir une santé pour tous, égale et équitable amène à réfléchir à la répartition des richesses. La politique qui est l'agir pour et dans la communauté a pour obligation de gérer ces richesses. Mais comment faire pour respecter tous les membres de cette communauté, comment gérer ces biens non infinis ? L'article n'a pas pour ambition de répondre au « comment gérer » mais bien de souligner quelques dilemmes qui rendent compte de la complexité de cette gestion et donc des insatisfactions engendrées par toute politique économique de la santé. Ces quelques lignes pour reprendre les termes mêmes du débat afin de d'entrer dans sa complexité, première étape de toute démarche en éthique clinique.

Mots clés. Santé, économie, éthique, soin.

### Adresse :

Espace éthique Hospitalier Amiens Picardie.  
Neuropédiatrie – CHRU Amiens 80054 cedex 1  
[debroca.alain@chu-amiens.fr](mailto:debroca.alain@chu-amiens.fr)

### Tensions entre le savoir et le croire d'une personne face à l'annonce de la maladie

Correspondance

A. de Broca,  
à l'adresse ci-contre.  
e-mail : debroca.stain@chu-amiens.fr

A. de Broca

Unité de Neuropédiatrie, CHRU Amiens, 80054 Amiens.

#### Résumé

Comment « dire la maladie » pour que la personne souffrante puisse accueillir au mieux cette information déstabilisante ? Comment cette personne souffrante peut-elle entrer dans la connaissance et la conviction de cette information tout en retrouvant en elle les ressources nécessaires à continuer de vivre ? Dire la maladie est un processus complexe comme le rappelle le code français de déontologie médicale (articles 35 et 36). La dernière loi française du 4 mars 2003 sur les droits du patient oblige de plus à donner toute la connaissance au patient en vue de lui permettre d'être plus autonome dans son choix de vie. L'expérience clinique montre qu'entendre la vérité sur sa maladie (processus cognitif - Savoir) n'est pas suffisant pour que le malade ou sa famille s'approprie et adhère (processus global - Croire) à cette information. Savoir et croire sont deux processus différents et souvent dissociés. Nous présentons quatre exemples tirés de notre expérience pédiatrique qui soulignent combien des parents face à la maladie de leur enfant ont une grande difficulté à conjuguer connaissance et adhésion à l'information entendue et qui soulignent comment cela retentit sur leur comportement de parent « autonomes ». Dire la maladie ne peut donc pas se résoudre à un seul moment informatif mais doit se vivre comme une étape longue, avec nécessité de répétition et d'adaptation à l'histoire et à la singularité de celui à qui elle est présentée pour espérer qu'il se l'approprie pleinement.

Mots-clés : croire - savoir - dire la maladie

#### Summary

Coping with announcement of disease: knowledge versus belief  
de Broca A. *Ethique & Santé* 2004; 1: 42-44

How can an illness be announced so the suffering patient can better accept this destructive information? How can the suffering person cope with this information and find the resources necessary to continue living? Announcing an illness is a complex process as is recalled by the French code of medical deontology (articles 35 and 36). The most recent French law of March 4, 2003 concerning patients' rights requires the patient be given full information allowing him/her to make independent decisions about his/her own life. Clinical experience has demonstrated that learning the truth about an illness (cognitive process — knowledge) is not sufficient for the patient or family to appropriate and cope with this information (global process — believing). Knowing and believing are two different processes. We present four examples from our own pediatric experience demonstrating how parents have great difficulty believing their own knowledge of their child's illness. These examples illustrate how this disconnection can have an effect on "independent" parental behavior. Announcing an illness is not limited to simply delivering information at a given time but must be construed as a long-term process requiring repetition and adaptation to the unique history of each recipient of the information in order to achieve full "knowledge" and appropriation.

Key words: knowledge - believing - announcing illness

Alors qu'il est de tout temps législatif, codifié [1] et désormais légiféré [2] d'informer tout patient ou son représentant de sa maladie et de la gravité de celle-ci, le patient ne peut tout comprendre ni adhérer à ce qu'il vient d'entendre sans vivre une déstabilisation d'autant plus importante que le diagnostic remet en cause le pronostic vital. Chaque sujet va adapter très singulièrement son écoute et la compréhension de cette information selon sa perception toute inconsciente du danger qu'elle représente en elle-même. Les stratégies de défense sont nombreuses notamment du point de vue psychique. Nous dégageons à partir de notre expérience en neuropédiatrie les difficultés que nous renvoyent les parents d'enfants gravement malades pour conjuguer leur compréhension de l'information donnée (« savoir ») et leur interprétation et appropriation de cette information (« croire ») entraînant alors des malentendus et des obstacles dans la dynamique visant à soigner au mieux l'enfant malade. Nous précisons ensuite quelques réflexions afin d'aider le soignant à ne pas tomber dans une écoute ou une démarche d'évitement, de dénigrement, d'intolérance et encore moins d'indifférence.

Savoir une information n'est pas suffisant pour que son détenteur adhère et s'approprie celle-ci.

#### Quatre exemples cliniques

##### Savoir et ne pas y croire

Une petite fille La. est suivie dès sa naissance dans le service pour une encéphalopathie épileptique sans cause retrouvée. À neuf mois, son épilepsie s'aggrave. L'hospitalisation est nécessaire et l'escalade thérapeutique reste peu efficace. Les deux parents unis sont

### Tensions entre le savoir et le croire d'une personne face à l'annonce de la maladie

Correspondance

A. de Broca,  
à l'adresse ci-contre.  
e-mail : debroca.stain@chu-amiens.fr

A. de Broca

Unité de Neuropédiatrie, CHRU Amiens, 80054 Amiens.

#### Résumé

Comment « dire la maladie » pour que la personne souffrante puisse accueillir au mieux cette information déstabilisante ? Comment cette personne souffrante peut-elle entrer dans la connaissance et la conviction de cette information tout en retrouvant en elle les ressources nécessaires à continuer de vivre ? Dire la maladie est un processus complexe comme le rappelle le code français de déontologie médicale (articles 35 et 36). La dernière loi française du 4 mars 2003 sur les droits du patient oblige de plus à donner toute la connaissance au patient en vue de lui permettre d'être plus autonome dans son choix de vie. L'expérience clinique montre qu'entendre la vérité sur sa maladie (processus cognitif - Savoir) n'est pas suffisant pour que le malade ou sa famille s'approprie et adhère (processus global - Croire) à cette information. Savoir et croire sont deux processus différents et souvent dissociés. Nous présentons quatre exemples tirés de notre expérience pédiatrique qui soulignent combien des parents face à la maladie de leur enfant ont une grande difficulté à conjuguer connaissance et adhésion à l'information entendue et qui soulignent comment cela retentit sur leur comportement de parent « autonomes ». Dire la maladie ne peut donc pas se résoudre à un seul moment informatif mais doit se vivre comme une étape longue, avec nécessité de répétition et d'adaptation à l'histoire et à la singularité de celui à qui elle est présentée pour espérer qu'il se l'approprie pleinement.

Mots-clés : croire - savoir - dire la maladie

#### Summary

Coping with announcement of disease: knowledge versus belief  
de Broca A. *Ethique & Santé* 2004; 1: 42-44

How can an illness be announced so the suffering patient can better accept this destructive information? How can the suffering person cope with this information and find the resources necessary to continue living? Announcing an illness is a complex process as is recalled by the French code of medical deontology (articles 35 and 36). The most recent French law of March 4, 2003 concerning patients' rights requires the patient be given full information allowing him/her to make independent decisions about his/her own life. Clinical experience has demonstrated that learning the truth about an illness (cognitive process — knowledge) is not sufficient for the patient or family to appropriate and cope with this information (global process — believing). Knowing and believing are two different processes. We present four examples from our own pediatric experience demonstrating how parents have great difficulty believing their own knowledge of their child's illness. These examples illustrate how this disconnection can have an effect on "independent" parental behavior. Announcing an illness is not limited to simply delivering information at a given time but must be construed as a long-term process requiring repetition and adaptation to the unique history of each recipient of the information in order to achieve full "knowledge" and appropriation.

Key words: knowledge - believing - announcing illness

Alors qu'il est de tout temps législatif, codifié [1] et désormais légiféré [2] d'informer tout patient ou son représentant de sa maladie et de la gravité de celle-ci, le patient ne peut tout comprendre ni adhérer à ce qu'il vient d'entendre sans vivre une déstabilisation d'autant plus importante que le diagnostic remet en cause le pronostic vital. Chaque sujet va adapter très singulièrement son écoute et la compréhension de cette information selon sa perception toute inconsciente du danger qu'elle représente en elle-même. Les stratégies de défense sont nombreuses notamment du point de vue psychique. Nous dégageons à partir de notre expérience en neuropédiatrie les difficultés que nous renvoyent les parents d'enfants gravement malades pour conjuguer leur compréhension de l'information donnée (« savoir ») et leur interprétation et appropriation de cette information (« croire ») entraînant alors des malentendus et des obstacles dans la dynamique visant à soigner au mieux l'enfant malade. Nous précisons ensuite quelques réflexions afin d'aider le soignant à ne pas tomber dans une écoute ou une démarche d'éludation, de dénigrement, d'intolérance et encore moins d'indifférence.

Savoir une information n'est pas suffisant pour que son détenteur adhère et s'approprie celle-ci.

#### Quatre exemples cliniques

##### Savoir et ne pas y croire

Une petite fille La. est suivie dès sa naissance dans le service pour une encéphalopathie épileptique sans cause retrouvée. À neuf mois, son épilepsie s'aggrave. L'hospitalisation est nécessaire et l'escalade thérapeutique reste peu efficace. Les deux parents unis sont

## De la bioéthique à l'anthropoéthique

Correspondance  
A. de Broca,  
à l'adresse ci-contre,  
e-mail : Debroca.alain@chu-amiens.fr

A. de Broca

Coordonnateur Espace éthique Picardie, CHU, 80054 Amiens Cedex 1

## Résumé

Pourquoi parlons-nous tant d'éthique aujourd'hui ? La place de l'homme, la place de l'humain dans l'homme seraient-elles en danger pour devoir souligner que désormais tous se préoccupent de lui rendre une juste place dans ce XXI<sup>e</sup> siècle biologique et technologique qui pourtant apporte tant de possibilités nouvelles ? Les progrès techniques sont effectivement tels que la réflexion philosophique sur l'humain, cet anthropos, est à reprendre, à réactiver voire à ré-animer. L'article montre que cette réflexion existe depuis que l'homme se sent homme mais que celle-ci est à renouveler sans cesse en ce temps où la *technoscience* se voudrait prépondérante et totalitaire. Plus que de bioéthique, il est plus juste de parler d'*anthropoéthique* pour replacer l'homme au centre de cette réflexion. Enfin, mieux promouvoir cette réflexion demande que chacun puisse se sentir accueilli dans un espace où il aura capacité de discernement, de discussion, d'écoute et de formulations de propositions. C'est ce que pourraient être les espaces éthiques que la loi française bioéthique (08/2004) a proposé de mettre en place dans chaque région.

**Mots-clés :** anthropoéthique - bioéthique institutionnalisée - espace éthique - pluridisciplinarité - technoscience

## Summary

## From bioethic to anthropoethics

A de Broca. *Ethique & Santé* 2007; 4: 41-43

Why is ethics such a timely topic? Is humanity, the humanity of the human being, in such danger that it is becoming crucial to recall its central role in the advances proposed by perspectives in biology and technology? Technical progress has indeed affected man's philosophical awareness, this anthropos in need of reactivation. In this article we show that this discussion has been going on since the origin of human awareness but has become particularly acute with the perspective of technoscientific predominance and dictatorship. More than bioethics, it would be better to speak of anthropoethics, placing the human being at the center of discussion. Finally, promoting such reflection requires a capacity for discernment, discussion, and exchange of formulations and propositions. This capacity might arise from the new French legislation on bioethics (August 2004) which has proposed specific ethical institutions for each region.

**Key words:** anthropoethics - institutionalized bioethics - ethical capacity - pluridisciplinarity - technoscience

La place de l'homme  
depuis 3 500 ans

Depuis 3500 ans, les hommes ont écrit des récits, des contes, des mythes, des odes, des légendes qui soulignent la question de l'homme sur l'homme. Quelle place a-t-il dans son univers, que l'univers soit réduit à une terre plate ou une terre au sein de multiples univers ?

La question est rémanente mais reste toujours sans réponse formelle. Certains ont tout tenté, chacun à leur manière, pour montrer leurs compétences et surtout leur savoir afin de sortir de cette impasse comme le souligne dès le début de la pensée écrite, Icare, Prométhée [1] ou la tour de Babel [2]. Plus tard, les sophistes ont montré une forme de désintérêt au monde sensible pour trouver une réponse.

Depuis 2500 ans, d'autres ont tenté de proposer des attitudes humanisantes car pleines d'humanité face à la souffrance de soi et la souffrance de l'autre. Hésiode et Hippocrate [3] ont probablement donné les premiers cours d'anthropologie, c'est-à-dire osé demander à leurs compatriotes d'avoir ce regard bienveillant sur l'homme souffrant non seulement physiquement, mais aussi psychiquement et spirituellement.

Socrate, Platon [4], Aristote [5] ont ensuite donné de la voix pour aider à comprendre que les hommes dans leur pauvreté était source de lumière, pouvait s'aider mutuellement à accoucher de leurs propres ressources, non pas afin de s'en servir comme d'un pouvoir mais bien dans la visée de mieux se connaître, naître à soi-même. Aristote avec ses condisciples, dans cette recherche de la sagesse, se disputait (au sens de la *disputatio* médiévale) autour du péristyle, entre hommes de bonnes volontés, toujours prêts à confronter leurs arguments en se demandant comment le doute pouvait faire naître de l'être.

Toutes vos analyses et commentaires de livres, de revues, de sites Internet ou d'autres médias, peuvent être adressées à Florence Quinche : florencequinche@yahoo.fr

## Colloque francophone Éthique « la formation en éthique », Amiens, 7 et 8 septembre 2006, organisé par l'espace éthique Picardie

A. de Broca, B. Jamault, C. Draperi. Coordonnateur et membres de l'espace éthique Picardie.

Ce colloque s'est tenu à Amiens, sous l'égide de l'Espace Éthique hospitalier Amiens Picardie les 7 et 8 septembre 2006. Plus de 250 personnes y ont participé.

La première journée fut consacrée à la présentation de mémoires de recherches en éthique dans le domaine de la santé et la seconde, à des réunions de travail autour de la formation en éthique.

Pour la première fois en France, le jeudi, une journée entière a été proposée aux différents chercheurs en éthique pour présenter sous forme de communication orale leurs travaux de mémoire de Diplômes universitaires, de Master ou de thèse en philosophie – option éthique.

Pour cette première année, nous avons reçu plus de 40 propositions dont nous vous citons les titres. Toutes les communications ainsi que les mémoires référencés sont disponibles auprès de l'espace éthique Picardie (Mme Bajus : espace.ethique@chu-amiens.fr).

Les thèmes du jeudi étaient libres, donnant ainsi une ouverture sur de nombreux sujets.

### Éducation – Consentement aux soins

« De l'éducation du patient pour l'échec thérapeutique... à l'échec de l'éducation du patient »

« Le paternalisme comme modalité d'être-vous de la conscience morale. Que feriez-vous à ma place ? »

« Problématique éthique liée à l'utilisation des questionnaires de qualité de vie en oncologie clinique des V.A.D.S : contributions d'un odontologiste »

« L'information préopératoire sur la qualité de vie après (pharyngo) laryngectomie totale permet-elle un consentement éclairé ? Analyse du point de vue d'une série de 36 patients. »

### Enfant – Euthanasie

« Prématuré à la limite de la viabilité : importance des positions morales sur les représentations obstétrico-pédiatriques et la prise en charge »

« La décision d'interruption médicale de grossesse dans le cadre du dépistage prénatal de maladies génétiques »

« Réflexion éthique et juridique sur l'euthanasie : Soins palliatifs et euthanasie : expérience d'une équipe belge. »

### Soins – Douleurs

« Éthique et inconscient »

« Être malade, est-ce un métier ? »

« La douleur, entre nociception et souffrance »

« La relation au gisant »

### Cancer – Personnes âgées – Gestion

« L'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie : réflexions éthiques »

« Proposer ou non une chimiothérapie à une personne âgée atteinte d'un cancer bronchique non à petites cellules métastasées : un questionnement éthique »

« Dire la démence : contribution de la médecine et de la littérature à la compréhension de la maladie d'Alzheimer »

« La gouvernance : le mot et la chose »

Le vendredi matin a été consacré à la présentation de recherches sur la formation en éthique dans les instituts paramédicaux et sous forme de DU.

« L'enseignement de l'éthique en IFSI », Lille.

« Sensibilisation à l'éthique en poéiculture : l'éthique commence là où le prêt-à-porter des morales ne suffit plus », Grenoble.

« Éthique et soins infirmiers – De la formation à la pratique professionnelle », Haguenau.

« La confiance dans la relation pédagogique en institut de formation en soins infirmiers », Caen.

« Programme d'éthique à l'IFCS Sainte-Anne », Paris.

« Utilisation de l'outil Photolangage® en éthique médicale », Marseille.

« Présentation du contenu du DU Éthique sociale axée à l'éthique médicale », Caen.

« Réflexion pédagogique à propos du DU en éthique de la santé du CEM », Lille.

« Formation pratique à la décision médicale complexe par la méthode du microconcret », Lyon.

« Présentation d'une expérience d'enseignement intégré de l'éthique dans le cadre de la formation initiale des étudiants en médecine, en soins infirmiers, sages-femmes, master philosophie, master psychologie », Besançon.

« Présentation de l'enseignement « éthique, droit et discours psychanalytique », Lyon 2.

Une deuxième partie fut consacrée au travail en deux commissions sur les aspects de la formation en institut paramédicaux et au cours de Diplômes d'université dont voici les conclusions.

### La formation en instituts paramédicaux

Peu de divergences se dégagent parmi les membres de ce grand groupe de 130 personnes. Tous sont d'accord pour dire que l'éthique n'est pas une science et certainement pas une science exacte.

Il apparaît un énorme paradoxe dès le départ de la discussion car de nombreux participants soulignent que dès que le mot « éthique » est dit par un moniteur, il y a un rejet de la part des étudiants par peur, semble-t-il, d'être face à une formation fade ou moralisatrice. « C'est un mot qu'il ne faut jamais prononcer dans certains lieux ! ». D'autres participants disent qu'ils ont parfois la « bonne » surprise de constater que pour d'autres étudiants, c'est une démarche nécessaire et leur demande de cette démarche est explicite.

*Décider en situation exceptionnelle ! Des fondements de la réflexion en situation singulière*

Introduction

Les situations exceptionnelles n'ont pas de définitions simples, puisque de fait leurs caractéristiques sortent de l'ordinaire, du prévisible, de l'attendu. Leur extraordinaire est parfois due à une circonstance ou à une particularité singulière.

A partir d'expériences vécues par une équipe soignante de neuropédiatrie, nous soulignerons combien il est nécessaire d'entrer dans une dynamique d'écoute, de discernement, puis de hiérarchisation des dilemmes afin de donner du sens à une décision proposée et réalisée. Puisque ces situations sont exceptionnelles, elles sont éminemment tragiques, c'est à dire ne peuvent pas trouver de bonnes solutions pour tous, et sont bien souvent associées à la mort. La présentation qui suit renvoie particulièrement aux aspects philosophiques qui, consciemment ou non, sous-tendent la réflexion et déterminent la décision. Ne pas vouloir repérer que cette décision est enracinée dans des valeurs parfois inconscientes amène tout décideur à ne pas réellement réaliser sa pleine humanité et à n'être plus que simple instrument de la *techné* ou d'une morale. Nous présentons dans la seconde partie de l'article le canevas qui étaye notre décision finale dans notre pratique. Il doit aider le décideur autant dans son action immédiate que dans sa capacité à mieux anticiper une nouvelle situation analogue.

Mots clés : décider, situation exceptionnelle, éthique, tragédie.

I/ Des situations exceptionnelles dans le quotidien d'un médecin

Agir et décider en situation d'exception est au cœur du quotidien d'un médecin. Car si la situation d'exception peut évoquer la rareté, elle évoque aussi la dimension tragique avec la réponse hors cadre, hors norme.

Voici quelques exemples de cette pratique médicale de personnes gravement malades, et parfois en soins palliatifs.

Deux contextes bien différents seront examinés, celui de l'urgence et celui qui permet une l'analyse réfléchie de la situation.

En situation d'urgence.

A ) L'accouchement est imminent alors que la mère est enceinte de vingt-six semaines. Le fœtus présente des bradycardies imposant une prise en charge immédiate, sans attente aucune. La césarienne est indispensable si l'on veut donner toutes ses chances à l'enfant. Mais l'acte de faire une césarienne n'est en rien banal pour la femme, ni immédiatement, ni pour son futur obstétrical notamment. La décision doit être instantanée.

L'enfant est excessivement fragile et a plus de 80 % de risque de présenter une souffrance secondaire liée à son extrême prématurité avec des risques de séquelles neurologiques, voire de décès, après plusieurs semaines de réanimation.

Que décider si celui-ci ne respire pas à la naissance ou ne répond pas bien aux premières manoeuvres de réanimation ?

### Regards croisés sur les récits dans le monde du soin

Connaître et reconnaître

Correspondance

C. Draperi,

à l'adresse ci-contre.

e-mail : catherine.draperi@sa.13-picardie.fr

C. Draperi

2, route L'ébrilliers, 80560 Toutencourt

**Pourquoi s'attacher au récit dans le monde de la santé et du soin ? Parce qu'il constitue le témoignage conscient par lequel l'autre propose un accès à sa situation. Parce que l'objet de la médecine n'est pas reconductible à un objet des sciences de la nature : il renvoie aussi aux « composantes d'un monde vécu » (selon l'expression de J. Habermas pour désigner l'objet des sciences humaines) que délivrent les récits. Parce qu'enfin, la compréhension, qui conditionne tous nos rapports sociaux et nos agissements quotidiens, ne va pas nécessairement de soi dans une situation de soin, à la fois dominée par une technologie très développée souvent hermétique, et confrontée à une souffrance existentielle parfois difficilement communicable.**

#### Comprendre et interpréter

Le philosophe M. Heidegger présentait la compréhension comme renvoyant à un mode d'être, avant de désigner un mode de connaissance [1] ; elle désigne l'aptitude à projeter ses possibilités à partir de sa situation dans le monde. Tout comportement est un phénomène expressif dans la mesure où il déploie une certaine compréhension d'une situation. Le récit que mène une personne au sujet des maux qui l'affectent déploie le sens de l'existence, en la mettant en scène, en l'inscrivant dans une certaine cohérence ; il dessine simultanément le théâtre de l'histoire perturbée par cette rupture que constitue la maladie, et dans laquelle va s'inscrire un projet de soin et de reconstruction. Le récit n'est pas superposable à une série de faits objectifs ; il est un témoignage concernant une expérience difficile d'accès. L'existence humaine tient sa complexité et son imprévisibilité, selon le terme de Bergson [2], de ce qu'elle n'est pas réductible, à l'image d'un corps physique, à une série de causes : elle est également toujours traversée de sens.

C'est la rencontre de cette complexité qui avait conduit l'historien Dilthey à introduire en sciences sociales la méthodologie compréhensive pour rendre compte du travail d'interprétation auquel se livre l'historien rencontrant des témoignages d'une époque révo-

lue : « Nous appelons compréhension le processus par lequel nous connaissons quelque chose de psychique à l'aide de signes sensibles qui en sont la manifestation » [3].

Pour accéder à la logique d'actions passées, Dilthey reprend les règles utilisées dans l'interprétation des textes anciens ; cette méthode, dite herméneutique, conduit à un travail de décryptage des textes, à distance de l'interprétation subjective qu'on serait tenté d'en faire spontanément, à partir de nos propres références : « c'est la fonction de l'herméneutique d'établir théoriquement contre l'invasion consensuelle de l'arbitraire romantique et du subjectivisme sceptique dans le domaine de l'histoire, la validité universelle de l'interprétation, base de toute certitude historique » [3]. L'interprétation, dans cette optique, consiste bien à expliciter l'ancrage d'un mode d'être dans une situation (Encadré 1).

L'écoute constitue dans certains horizons culturels un acte thérapeutique à part entière<sup>1</sup>, et même le premier acte thérapeutique qui oriente la démarche de soin à adopter. Mettre en paroles, c'est déjà dégager des possibles, c'est déjà se dégager de l'actuel ; donner à entendre, c'est déjà rompre l'isolement de la souffrance<sup>2</sup>. Comme le note

M. Merleau-Ponty, celui qui écoute, le shamann, assume un rôle de passeur, en ce qu'il accompagne un cheminement [5]. Du récit exprimant le sentiment croissant d'une déstructuration<sup>3</sup> au récit porteur de guérison<sup>4</sup>, le narratif nous dit quelque chose de l'inscription de la personne et de son mal-être dans un monde (Encadré 2).

En quel sens l'écoute du récit de celui qui souffre constitue-t-elle le moment séminal d'une position éthique ?

L'attention portée au narratif conduit à dépasser la conception spatiale du corps comme corps physique pour l'intégrer dans la temporalité singulière d'une existence. Comme le souligne M. Heidegger, l'homme n'est pas le seul être temporel, mais il est le seul être qui comprenne le temps dans lequel il est jeté : être-là (Dasein), il y trouve sa limite qui fait de lui un être de projet. La temporalité qui se dit dans le récit nous initie à l'implication de l'être parlant dans une pratique : « sujet parlant, c'est le sujet d'une praxis » [7], écrit M. Merleau-Ponty. Le narratif nous introduit, au-delà du dualisme du corps-objet et du sujet pensant, à l'expérience singulière du corps-propre : ce corps qui est toujours celui de quel-

1. Kaufmann A.M., « Afrique : les mots guérisseurs », in : Courrier de l'Unesco.

2. « Nous racontons des histoires parce que finalement les vies humaines ont besoin et méritent d'être racontées », (p. 95). « Toute l'histoire de la souffrance a le vengeance et appelle récit », (1, p. 115).

3. Voir par exemple le récit de Brian rapporté par B. Good, in : Comment faire de l'anthropologie médicale ? 1998, p. 251.

4. Celui, par exemple, que suscite le devin dans la géomancie.

## Médecine et spiritualité. Sciences de la nature et sens du monde

Correspondance  
C. Draperi,  
à l'adresse ci-contre.

e-mail : catherine.draperi@u-picardie.fr

C. Draperi

Faculté de médecine d'Amiens, 3, rue des Louvels, 80000 Amiens.

**D**epuis l'Antiquité, l'action soignante s'est instituée comme action médicale en se référant à une connaissance des phénomènes naturels. Si cette référence légitime le discours médical dans sa spécificité, elle n'implique, dans l'horizon des sociétés traditionnelles, pas de rupture entre une médecine considérée comme pratique spécialisée et sens du monde.

Tandis que le savoir médical s'est longtemps inscrit dans une tradition qui le transcendait, il a pris une valeur normative croissante dans un monde moderne qui s'est ouvert au pluralisme sur le plan spirituel.

Si Hippocrate dénie toute valeur étologique aux divinités, sa conception même du corps comme harmonie s'inscrit sans contradiction dans l'ordre du *cosmos* tel qu'il est appréhendé dans le polythéisme grec. Tandis que le savoir médical s'est longtemps inscrit dans une tradition qui le transcendait, il a pris une valeur normative croissante dans un monde moderne qui s'est ouvert au pluralisme sur le plan spirituel.

Le discours scientifique parle des faits positifs, et ne raisonne pas en termes de valeurs. Il repose précisément sur une position philosophique qui prétend rendre compte du réel, à distance de toute interprétation de son sens ; à ce titre, il marque la libération du savoir à l'égard de tout système de représentation *a priori*, métaphysique ou religieux, et se réalise dans le passage du plan des causes premières (pourquoi ?) à celui des causes efficientes (comment ?).

« Considéré d'abord dans son acception la plus ancienne et la plus commune, le mot positif désigne le réel par opposition au chimérique ; sous ce rapport, il convient pleinement au nouvel esprit philosophique, ainsi caractérisé par sa constante consécration aux recherches vraiment accessibles à notre intelligence, à l'exclusion permanente des impénétrables mystères dont il s'occupait surtout depuis son enfance » [1].

On sait que le système positif d'Auguste Comte, qui théorise la position philosophique sur laquelle s'est édifiée la médecine moderne, laisse une place à ce « *besoin permanent de l'homme* », cette nécessité d'« être unis par des convictions communes », qui s'adresse tant à l'intelligence qu'au sentiment et à l'action, que doit assumer la religion de l'humanité, conditionnant « *la pleine harmonie, propre à l'existence humaine, n'est collective qu'individuelle* » [2]. Reléguée au compte des archaïsmes du positivisme comtien, cette exigence opposait au caractère analytique des sciences de la nature, la dimension synthétique des sciences sociales ; épuré de cette exigence, le positivisme deviendra scientisme au siècle suivant, tandis que le formidable espoir soulevé par la foi en la science pour résoudre les problèmes de l'humanité s'effritera, jusqu'à la crise de confiance sans précédent que nous connaissons aujourd'hui.

### Au-delà de l'universalité scientifique et du pluralisme religieux : des idéologies à la question du sens de l'humain

Le débat autour du clonage et la radicalité des positions qu'il suscite dont Tsala

Mbani se fait ici l'écho, symptomatisent les tensions constitutives de l'inscription de la logique médicale dans les pratiques : tensions entre les représentations métaphysiques à l'horizon de notre conception positiviste du corps, et sa prétention à la neutralité axiologique ; tensions entre conception physique mécaniste et image sacrée du corps, la première ayant pris la place symbolique de la seconde en refoulant sa signification ; tensions entre l'inféodation de l'activité médicale à des normes scientifiques héritées de la physique, mais aussi à des normes de productivité issues d'un système économique, et l'indétermination de l'existence humaine.

L'auteur évoque ici l'activité scientifique aveugle en termes de *génocide*, de *terrorisme ontologique*. La terminologie est choquante pour qui questionne ces registres de l'inhumain qui ont daté et lieu, dont nombre d'entre nous connaissent le traumatisme transgénérationnel. Il s'agit bien d'une imputation qui vise à rapporter le résultat potentiel de pratiques incontrôlées à un crime contre l'humanité, et le fait dans la référence expresse à une orientation idéologique présumée. Comment comprendre la radicalité des termes du débat ? C'est qu'ici, la question spirituelle oppose à la perspective descriptive des seuls caractères biologiques, la question de la condition de possibilité de l'humain.

Dans cette optique, comme le souligne J. Habermas, c'est la liberté liée à la contingence de la naissance qui paraît mise en péril, dès lors qu'on conçoit la vie comme objet de « fabrication » : c'est la condition même de cet « être jeté » dans le monde que met en question la perspective de « l'être projeté » par des parents, et à travers eux, par une société, en quête de perfection, nous contraignant à nous confronter au spectre d'un « eugénisme libéral » [3]. Si certains termes historiquement si char-

### Dire la maladie : regard philosophique et anthropologique

Correspondance

C. Draperi,

à l'adresse ci-contre.

e-mail : catherine.draperi@univ-picardie.fr

C. Draperi

Faculté de Médecine d'Amiens, 2, rue des Louvels, 80000 Amiens.

#### Résumé

Dire la maladie : déterminer, classer, reconnaître, exprimer et assumer, médiatiser et informer. Poser la question des concepts et des paroles qui s'organisent autour de la maladie, ce n'est pas soulever un problème formel : le discours organise et structure le phénomène de la maladie, que ce soit à travers le travail d'objectivation du discours scientifique ou dans l'expression de l'expérience personnelle au sein du récit.

Le corps médical, le corps propre (celui, singulier, du malade), et le corps social sont les trois vecteurs d'une énonciation divergente, conflictuelle, mais aussi complémentaire, dans laquelle se construisent la définition, l'expérience et la reconnaissance de la maladie. Entité nosologique, elle se dit comme une réalité identifiable en termes quantitatifs et organiques ; expérience subjective, elle se décline dans des histoires singulières ; lieu de déstructuration et de reconstruction de l'identité sociale, elle est l'objet d'un échange intersubjectif.

Se demander ce que signifie « dire la maladie », c'est s'engager d'emblée dans la dimension éthique du champ de la santé et de sa privation ; les représentations du mal-être se rapportent à la fois à cet ensemble de normes historiques qui définissent la communauté, et à la recherche d'une solidarité avec soi-même qui habite l'existence singulière considérée dans son intégrité.

**Mots-clés :** norme - nosologie - expérience existentielle - compréhension - anthropologie médicale

#### Summary

Naming illness: a philosophical and anthropological approach

Draperi C. *Ethique & Santé* 2004; 1: 22-25

Naming illness involves processes of determination, classification, recognition, expression and assumption, diffusion, and information. No formal problem arises from questioning the meaning of the concepts and words which develop around illness: talking about it organizes and structures the illness phenomenon, both during the process of creating an objective scientific expression and during an individual's experience when talking about illness.

The body of medical workers, the subject's own body, and the social environment are three vectors of a diverging and conflicting yet complementary announcement through which the definition, the proof, and the recognition of illness are constructed. Considered as a nosological entity, disease is expressed in quantitative and organic terms describing the concept of an identifiable reality. Considered as a subjective experience, illness is an expression of individual histories involving intersubjective exchange de-constructing and reconstructing social identity.

Asking what it means to name illness is to enter into the ethical dimension of health and privation of health; representations of "non-health" are related both to historical norms defining the community and to self-awareness of a singular existence considered in its entirety.

**Key words:** disease - illness - sickness - nosology - human experience - medical anthropology

C'est à la profession médicale qu'échoit au XIX<sup>e</sup> siècle le monopole et la responsabilité de la définition du pathologique, fondée sur une base scientifique. Mais la désignation d'un état comme pathologique comporte toujours un jugement de valeur : du point de vue physiologique, on peut déclarer un état comme anormal, comme variation quantitative à l'égard de la norme ; du point de vue clinique, on peut déclarer un état comme anormal parce qu'il n'est pas conforme au comportement le plus fréquemment observable ; ces écarts à la norme ne seront dits pathologiques que dans la mesure où ils sont solidaires d'un mal-être actuel ou prévisible ; suivant les mots de Canguilhem, « *Il n'y a pas de pathologie objective* » [1].

S'interroger sur le dire impliqué par la maladie, c'est se confronter à la dialectique de l'expérience du mal-être et de sa formulation médicale. L'enjeu éthique de ce dire pluriel travaille non seulement les modalités de l'échange soignant, mais aussi l'élaboration même des catégories médicales d'une part, et de l'expérience du mal-être de l'autre.

S'interroger sur le dire impliqué par la maladie, c'est se confronter à la dialectique de l'expérience du mal-être et de sa formulation médicale.

Le thème générique « Dire la maladie... » renvoie à l'articulation de trois questions intimement liées : celle de la définition du pathologique par le soignant, celle de son expression chez le malade, celle du partage des données médicales que le devoir juridique d'information n'épuise pas.

## De l'homme neuronal à l'existence

Correspondance  
C. Draperi,  
à l'adresse ci-contre.

e-mail : catherine.draperi@u-picardie.fr

C. Draperi

2, route Léalvilles, 80560 TOURNECOURT.

Le premier ouvrage classique qui a fait entrer la théorie cellulaire dans l'enseignement de l'histologie en France, conclut le chapitre consacré à la cellule en ces termes : « *Un être vivant naît comme cellule, individu-cellule ; puis l'individualité cellulaire disparaît dans l'individu ou personne, formé d'une pluralité de cellules, au détriment de l'individualité personnelle ; celle-ci peut être à son tour effacée, dans une société de personnes, par une individualité sociale* » [1].

Cette définition de l'humain comme individu, qui en fait une combinaison de variables, témoigne des apories dans lesquelles nous engage le modèle inspiré des sciences de la nature, dès lors qu'il prétend définir le vivant, et singulièrement, l'homme. Dressant un « état des lieux » des conceptions contradictoires de l'humain qu'une partie des neurosciences prétend définir, N. Kopp nous offre des éléments de réflexion sur les tensions qui ne peuvent manquer de traverser cette entreprise de réduction de l'existence humaine aux conditions vitales de son développement. On connaît l'amertume des pionniers des neurosciences reprochant à la « *grande chapelle orthodoxe du cognitivisme* » selon les termes de F. Varela, de ramener la pensée humaine à un dispositif mécanique et logique alors que la pensée s'inscrit dans le vivant [2] et dénonçant, comme J. Brünner, la dérive technicienne des sciences cognitives [3].

Comme l'indique G. Canguilhem, cela ne signifie pas que l'analyse physico-chimique du vivant soit dénuée d'intérêt, tant théorique que pratique, ni qu'elle ne puisse ni ne doive se faire, « *mais elle constitue un chapitre de la physique [...]. La biologie doit donc tenir d'abord le vivant pour un être significatif, et l'individualité, non pas pour un objet, mais pour un caractère dans l'ordre des valeurs. Vivre, c'est raisonner, c'est organiser le milieu à partir d'un centre de référence qui ne peut être lui-même référé sans perdre sa signification originelle* » [1].

Le scientisme contemporain a omis qu'il se fondait sur une certaine représentation philosophique des phénomènes : représentation positiviste qui prétend rendre compte des choses telles qu'elles sont en fait... Comme si le mécanisme n'était pas lui-même un modèle humain, trop humain, visant à réduire la complexité de la situation de l'homme à la belle simplicité de ses productions idéalement maîtrisables. Une complexité que Jacques Derrida n'a jamais hésité à explorer jusqu'à déstabiliser les plus naïves comme les plus savantes certitudes, et qu'il nous a si bien apprise, comme le rappelle Anne Bourgain dans un beau texte d'hommage, à questionner en empruntant parfois des cheminement déroutants, mais en sachant toujours aussi se positionner dans ce monde pratique que nous habitons.

Il y a une distance incommensurable entre ce corps parmi les corps que désigne la chose étendue sur laquelle la biomédecine étend son empire et cette appartenance miennne qui caractérise le corps propre. Toute approche descriptive de l'objet et du sujet, du rapport qu'ils entretiennent, passe par une neutralisation de cette mienneté de l'existence, lieu de l'engagement concret de la personne dans la pratique. Comme l'indique P. Ricoeur, la traduction de cette « *entité idéaliste* » dans le registre mécaniste donne lieu à une approche réductionniste de la personne, facilitant la focalisation du discours sur le corps, sur le cerveau, formalisé par D. Parfit en ces termes : « *L'existence d'une personne consiste exactement en l'existence d'un cerveau et d'un corps dans l'occurrence d'une série d'événements physiques et mentaux reliés entre eux* » [4].

Toute la question, commente P. Ricoeur, est de savoir « *si la mienneté relève de la gamme des faits, de l'épistémologie des observables, finalement de l'ontologie de l'événement* » [4].

Ce n'est pas l'omission de la dimension spirituelle, subjective ou psycholo-

gique, qui caractérise cette approche réductionniste, mais l'omission de « *l'appartenance miennne* » à laquelle on substitue une « *description impersonnelle* ». L'appartenance indépassable du corps (et par conséquent aussi du cerveau) à une histoire personnelle en fait tout autre chose qu'un corps physique puisqu'il s'inscrit d'emblée dans une construction de sens. C'est à ce « *relief tragique de l'existence* » que nous rappelle Hervé Mésot, en explicitant le concept d'épreuve chez Gabriel Marcel. Pour aborder cette existence qui rime parfois avec incertitude, rupture, et toujours avec émotion, il faut peut-être prendre de la distance à l'égard des faits positifs, c'est-à-dire objectivés, pour revenir « *aux choses-mêmes* ».

L'appartenance indépassable du corps à une histoire personnelle en fait tout autre chose qu'un corps physique puisqu'il s'inscrit d'emblée dans une construction de sens.

Que signifie, pour l'homme, être là (*da-sein*) ? C'est être engagé dans un « *là* », dans un ensemble de possibilités déterminées, et d'abord, être « *jeté* » (*geworfen*) au monde : ainsi la naissance comme fait et le pouvoir mourir appartiennent à la condition du *Dasein* humain [5]. Dire cela, c'est déjà indiquer que le *Dasein* n'est pas positionné dans le monde à la manière d'un objet, de ce que M. Heidegger appelle un « *étant* » (*Seiende*), une réalité empirique : être là, c'est être situé face au monde, non pas sur le mode de la neutralité objective, mais dans certaines dispositions, comme la tristesse et la joie. C'est à travers ces dispositions affectives que le monde s'offre au *Dasein* comme le théâtre de

## COMPLEMENT DE BIBLIOGRAPHIE :

### - AUTREMENT :

- \* La pudeur : la réserve et le trouble – Série Morales 1998 (2 exemplaires)
- \* La curiosité : vertiges du savoir - Série Morales 1998
- \* La charité : L'amour au risque de sa perversion - Série Morales 1993
- \* Le pardon : Briser la dette et l'oubli - Série Morales 2000

- ARENDT Hannah : Du mensonge à la violence, Collection Agora les classiques – Ed. Calmann-Levy

- BALLOUARD C. , MOUTEL G., GAILLARD M., HERVE C.. Jugement moral chez l'adolescent ou jugement prosocial ; J. Int of Bioeth, 1997, 2, 147-155

- BARAQUIN Noëlla : Les grands courants de la morale ; collection synthèse (série philosophie) , Ed. Armand Colin 1998

- BAYLE Benoît – L'Embryon sur le divan ; Psychopathologie de la conception humaine – Collection Médecine et psychothérapie – Editions MASSON 2003

- BERNARD J. De la biologie à l'éthique: nouveaux pouvoirs de la sciences et nouveaux devoirs de l'Homme. Buchet/Chastel ed, Paris, 1986, 1-30.

- BESANCENEY J.CL. HONO R., MICHOT P, MOREAU D, QUEST - L'éthique et les soignants ? Collection : Pratiquer... Editions Lamarre, 1996

- BIDEAUD Jacqueline, HOUDE Olivier, PEDINIELLI Jean Louis – L'homme en développement - Collection Premier Cycle (1) -Editions PUF 1993

- BOITTE Pierre, CADORE Bruno, JACQUEMIN Dominique, ZORRILLA Sergio – Pour une bioéthique clinique – Collection les Savoirs Mieux – éditions SEPTENTRION 2002

- BOITTE Pierre : Ethique, justice et santé (allocation des ressources en soins dans une population vieillissante ) Ed. Catalyses Artel-Fides 1995

- CADORE Bruno – L'expérience bioéthique de la responsabilité – Collection catalyses / Editions ARTEL – FIDES 1994

- CHALIER Catherine : La patience ; Collection Morales ; Ed. Autrement 2004

- CHAUVIER Stéphane : Qu'est ce qu'une personne ? Coll. Chemins philosophiques Ed. Vrin 2003

- CHAUMIENNE Gérard : Lire les philosophes, 33 auteurs à découvrir, classes de Terminale, Ed. Hachette éducation 1998

- CUMINAL J., Monseigneur, Président de la commission familiale de l'Episcopat et Père O. DINECHIN, délégué pour les questions morales concernant la vie humaine. Rapport n°2565 d'information sur la Bioéthique, Assemblée nationale, Doc franç, Paris, 1992, 27-37

- D'OLCE Nicolas : Paroles de révolte ; je me révolte donc nous sommes. Ed. Albin Michel 1996

- DROIT – DEONTOLOGIE - SOIN : Mars. 2003. MASSON , Vol. 3 n°1 : p 1-144
- DROIT – DEONTOLOGIE - SOIN : Déc. 2003. MASSON , Vol. 3 n°4 : p 433-576
  
- DURAND G., CROWE C., Grille d'analyse de cas, un nouvel outil clinique à l'Université de Montréal. Le Gérontophile, Vol 17, 1, 40-41.
- DURAND Guy - Introduction générale à la bioéthique ; histoire, concepts et outils ; Ed. FIDES. CERF 1999
- ESPRIT : Nouvelles responsabilités : écologie, bioéthique, démographie... Mai 1991 n°5
- Ethical concerns and public information. Fertil Steril, 1990, 53, supplement 2, 26-28.
  
- FERRET Stéphane : L'identité , collection Corpus, Ed. Flammarion 1998
- FONTAINE Philippe : La morale : le devoir, la volonté , la personne, collection philo-notions Ed. Ellipses 1997
- GEOFFROY Michel : La patience et l'inquiétude pour fonder une éthique du soin Coll. Espace éthique et politique Institut Hannah Arendt Ed. Romillat 2004
- GILLON R. Medical ethics. Brit. Med. J., 1994, 349, 184-188.
- GLICK S.M. The teaching of medical ethics to medical students. J. of Med. ethics, 1994, 20, 239-243.
- GOLD F, CHOUTET P., BURFIN E. : Repères et situations – Ethiques en médecine Coll Sciences humaines et médecine Ed. Ellipses 1996
- GUEULETTE Jean Marie : L'amitié, une épiphanie Ed. CERF 2002
- HERVE C. L'enseignement et la recherche en éthique médicale. Ethica, 1998, vol 10, 1-11.
- HERVE C. Médecine biologie: Quelles questions sur l'éthique aujourd'hui? L'Harmattan ed, Paris, 1992, 15-20.
- HERVE C., MOUTEL G.. Rapport de mission dans le cadre de la coopération scientifique, technique et du développement des ministères des affaires étrangères:" Carrefour santé-publique-éthique entre les Universités de Montréal et Paris-René Descartes" 1993.
- HERVE C., MOUTEL G., "Connaissance des structures éthiques par les professionnels de santé. Intérêts spécifiques et complémentaires de leur articulation fonctionnelle au sein d'un même hôpital". Actes du colloque de la conférence nationale des CCPPRB, Ed Droit et Pharmacie, 1994.
- HIRSCH François et Emmanuel – Ethique de la recherche et des soins dans les pays en développement – Collection Espace Ethique – Editions VUIBERT 2005

- HOFFMANS-GOSSET Marie Agnès : Apprendre l'autonomie , apprendre la socialisation Coll. Pédagogie/formation, Ed. Chronique sociale 2000
- HUISMAN Denis – MALFRAY Marie-Agnès : Les pages les plus célèbres de la philosophie occidentale (de Socrate à Foucault ; Ed. Perrin 1989
  - HUREAU J., POITOUT D. L'Expertise médicale en responsabilité médicale et en réparation d'un préjudice corporel, 2<sup>e</sup> édition, Ed. Masson 2005
  - JONAS H. Principe Responsabilité Ed CERF, Paris, Traduction J. Greisch, 1990, 1-50
- KUNZMANN Peter, BURKARD Franz-Peter, WIEDMANN Franz : Atlas de la philosophie , collection Encyclopédies d'aujourd'hui, ed. la pochotèque 1996
- Labrusse-Riou C. Ombres et lumières des lois. In le d'Éfi Éthique. Ed. Autrement, 1991 (s'Érie mutations n°120), 133-142.
- LACROIX André, Malherbe Jean-François : L'éthique à l'ère du soupçon ; la question du fondement anthropologique de l'éthique appliquée ; Ed. Liber (Montréal 2003)
- LACROIX Eléonore : Les droits de l'enfant Coll. Philo Ed. Ellipses 2001
- Lefebvre René : Le droit, la justice, la force, Coll. Philobac, ed. Ellipses 1995
- Lenoir N., Sturlese B. Aux frontières de la vie, une éthique biomédicale à la française. Rapport au Premier Ministre. Doc. Franç., Paris, 1991, 174-182.
- LEROUX N, MOUTEL G, HERVE C. Protection des personnes lors d'une recherche en biotechnologie: La position de 37 CCPPRB. Actes du colloque de la conférence nationale des CCPPRB, Décembre 1996.
- Levinas E. Ethique et infini. Ed. Fayard, Paris, 1982.
- LOHER-GOUPIL Arlette : Autonomie et handicap moteur, représentations et accompagnements Coll. Comprendre les personnes Ed Chronique sociale 2004
- Lumière et vie : La filiation, un devenir inachevé, Janvier-Mars 1999 n° 241
- MANTZ J.M. Autonomie du patient et paternalisme médical. Rev. d' Ethique de Théologie Morale "Le supplément Ed. Cerf. Paris 1995.
- Mantz J.M., Bastian B. Une expérience de deux ans d'enseignement de l'Éthique médicale en stage clinique hospitalier. Bull. Acad. Nat. M'Ed., 1991, 17 8,1229-1936.
- MATTEI JF. Rapport au Premier Ministre sur l'Ethique biomédicale Doc. Franç., Paris, 1993, 5-60.
- Mirouze J. L'enseignement de l'Éthique. Rev. Educ. M'Ed., 1987, X, 5, 5-9.
- MOUNIER Emmanuel : Le personnalisme , collection Que sais-je, Ed. PUF 2005

- MOUTEL G., LEROUX N., HERVE C. Innovatives therapeutics ans assisted reproductive technologies: Analysis of a survey of 36 french research committes on intracytoplasmic sperm injection. Lancet, 1998,351 : 1121-23.
- MOUTEL G., LEROUX N., HERVE C., Rôles des instances éthiques dans la mise en place des nouvelles biotechnologies, Ed L'Harmattan. 1998,sous presse.
- MOUTEL G., HERVE C., " L'éthique médicale: principes de décision et d' harmonie sociale", in Biomédecine 2000, Ed Lavoisier 1995, 271-276
- MOUTEL G., POMPIDOU A., HERVE C., En quoi l'évaluation des pratiques permet-elle une réflexion en santé publique? " Actes de la Journées scientifiques du réseau du conseil de l'Europe "formation en éthique médicale dans les facultés de médecine." Programme COMETT. Ed L'Harmattan. 1995, 61-75.
- MULLER Denis , SIMON René : Nature et descendance – Hans Jonas et le principe « Responsabilité » - Le champs Ethique n° 25 , Ed. LABOR – FIDES 1993
- Parizeau M.A. L'enseignement . l'Èthique dans la formation mÈdicale., Revue d'Education médicale. 1989, XII, 37-41.
- Quéré F. L'Ethique de la vie. Ed. Oc Jacob 1992.
- Quéré F. Conscience et neurosciences. Bio-Ethique, 1991, 2, 26-39.
- RAMEIX Suzanne : Fondements philosophiques de l'éthique médicale ; coll. Sciences humaines en médecine ; ed. ELLIPSES 1996
- Revue d'Ethique et de théologie morale « le supplément » : Ethique biomédicale et théologie Ed. Cerf, n° 202 Août-Septembre 1997
- Ricoeur P. Le moment terminal de la Loi. In : Avant la loi morale: l'éthique Encyclopédia Universalis, Paris, 1990, 4, 62-66.
- RICOEUR Paul : La mémoire, l'histoire, l'oubli ; Essais, Ed. du Seuil 2000
- Roy D.J., Williams J.R., Dickens B.L Baudouin J.L. La bio-Èthique, ses fondements et ses controverses. Ed. Renouveau Pédagogique, Québec, 199 14-80
- SALAZAR FERRER Olivier - Le temps : la perception, l'espace , la mémoire ; Coll. Philobac, Ed. Ellipses 1996
- SARTRE Jean-Paul – Huit clos suivi de Les mouches – Collection Folio – texte intégral - Gallimard 1947
- SARTRE Jean-Paul – Les mots – Collection Folio – texte intégral - Gallimard 1964
- SAUNDERS Cicely : Soins palliatifs – une approche pluridisciplinaire, Collection infirmière, société et avenir Ed. LAMARRE 1994
- SEGURET Sylvie – Le consentement éclairé en périnatalité et en pédiatrie – collection la vie de l'enfant – Editions Erès 2004

- SEVES B. Hans JONAS et l'éthique de la responsabilité. Esprit, 1990, Oct, 75-81
- SZYMKOWIAK Mildred : Autrui Coll. Corpus, Ed. GF Flammarion 2003
- THEVENOT Xavier – la bioéthique (début et fin de vie) - COLLECTION Parcours - Centurion 1989 Ed. Paulines
- THEVENOT Xavier - Une éthique au risque de l'Évangile Ed. Desclée de Brouwer/Cerf 1993
- TILMANS-CABIAUX Chantal, RAVEZ Laurent, DUCHENE Joseph - Éléments d'éthique périnatale, de l'obstétrique à la réanimation – Collection « Epistémologie et éthique du vivant » n°4- Presses Universitaires de Namur 2004
- VACQUIN Monette : La responsabilité COLL. Morales, Ed. Autrement
- VANNIER Gilles – L'existentialisme – collection pour Comprendre – Ed. L'Harmattan 2001