

RESEARCH OUTPUTS / RÉSULTATS DE RECHERCHE

L'universel métissé de la bioéthique

Ravez, Laurent

Published in:

M. Rémon (Sous la direction de), *Le médecin qui soignait les postes de radio*

Publication date:

2013

Document Version

Version revue par les pairs

[Link to publication](#)

Citation for published version (HARVARD):

Ravez, L 2013, L'universel métissé de la bioéthique. dans M. Rémon (Sous la direction de), *Le médecin qui soignait les postes de radio: Essais sur l'ethnocentrisme critique de Michael Singleton*. Presses universitaires de Namur, Namur, pp. 85-92.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

L'universel métissé de la bioéthique

Laurent RAVEZ

Centre Interdisciplinaire Droit, Ethique et Sciences de la Santé (CIDES)
et Namur Research Institute for Life Sciences (Narilis)
Université de Namur (FUNDP)

Mon parcours professionnel m'a amené à contribuer à la création d'un « Master professionnel de bioéthique » à l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa, dans le cadre d'un projet américain financé par le National Institutes of Health (NIH) : *Strengthening Bioethics Capacity and Justice in Health*, sous la direction de F. Behets et S. Rennie de l'University of North Carolina (Chapel Hill).

Les cours ont débuté en novembre 2011. Ce programme de Master, unique en son genre en Afrique subsaharienne francophone, a dû être construit de toute pièce. Nous, les chercheurs au Congo, en Belgique et aux Etats-Unis travaillant sur ce projet, avons en effet très vite compris qu'il ne serait pas possible de simplement transférer au Congo les connaissances occidentales en bioéthique (américaines et/ou européennes), en raison des différences de cultures, de croyances et de besoins. Nous avons donc dû élaborer un programme adapté au contexte congolais en tenant compte d'un élément essentiel. En effet, le projet visant l'autonomisation progressive des Congolais enseignant dans ce Master, chaque module donné par un enseignant étranger est placé sous la cotutelle d'un enseignant congolais. Dans un délai très court d'un ou deux ans, il ne devrait plus y avoir d'autres intervenants dans le Master en bioéthique que des enseignants congolais qui devront s'être approprié les outils et les connaissances proposés.

Au-delà des objectifs propres au projet et des dispositifs efficaces mis en place pour les atteindre, il subsiste des questionnements paraissant parfois inextricables que j'aimerais partager, tout en tentant d'y apporter des réponses provisoires. A la fin de cette contribution, je défendrai d'ailleurs l'idée iconoclaste que la bioéthique porte en elle un *universel métissé*, un particularisme universalisé par le métissage des cultures, à savoir : la réflexivité critique.

Il ne me semble pas, à première vue, que le projet de mettre sur pied un Master en bioéthique à l'Université de Kinshasa soit marqué d'un quelconque impérialisme médico-culturel, même inconscient. Nous ne cherchons pas à imposer des valeurs occidentales dans le domaine des soins de santé ni à justifier la pertinence de celles-ci. Au contraire, nous prenons soin de présenter la discipline bioéthique pour ce qu'elle est, c'est-à-dire une boîte à outils conceptuels (ou plus exactement un ensemble de boîtes à outils conceptuels), destinée à aider les professionnels de la santé, les chercheurs et les citoyens qui se sentent concernés, à penser les pratiques de soin et les avancées technologiques qui y sont liées. Par « penser les pratiques », j'entends ici développer une capacité à prendre du recul critique par rapport à ce qui se fait au quotidien, avec l'idée sous-jacente qu'en pensant de la sorte, on se rend plus libre à l'égard des savoirs acquis, des traditions, des idéologies, des croyances, etc. Pour le dire autrement, il y a derrière ce projet une vraie volonté de contribuer à l'émancipation des Congolais à l'égard, tant d'une médecine occidentale qui serait imposée de l'extérieur (par les

bailleurs de fonds du Nord et par les possédants du pays), que de facteurs internes à la culture congolaise (les cultures, les croyances, les religions, etc.).

Même si, évidemment, je suis profondément convaincu de l'intérêt d'une telle démarche, plusieurs éléments mériteraient cependant d'être éclaircis, tant au niveau des spécificités d'une bioéthique africaine, voire congolaise, qu'au niveau de ce que je considère comme le fondement même de la bioéthique, c'est-à-dire : une démarche réflexive critique à l'égard des pratiques en matière de soins de santé.

La bioéthique est née aux Etats-Unis, dans les années 60-70, dans un contexte de revendication d'une meilleure prise en compte des libertés individuelles des patients par les acteurs de la santé¹. Parmi les principes fondateurs de cette bioéthique, l'autonomie du patient et du sujet de recherche occupe une place que certains jugent démesurées, avec des satellites conceptuels comme le consentement libre et éclairé ou encore la confidentialité². Les premiers acteurs de la scène bioéthique ont rapidement manifesté leur goût pour l'interdisciplinarité dans l'abord des questions éthiques en matière de santé, en tentant de faire dialoguer des disciplines (les sciences de la vie, la médecine, la philosophie, la théologie et la sociologie), jadis unies chez les grands penseurs de l'Antiquité et certains philosophes de la Modernité, mais qui avaient pris leurs distances depuis. Par ailleurs, il ne faut pas perdre de vue l'importance toute particulière de la théologie protestante dans ce mouvement qui a offert l'occasion à des théologiens comme Fletcher, Ramsay ou encore Childress de développer une pensée émancipatrice à l'égard des discours du Magistère catholique en matière de morale médicale (par exemple l'encyclique *Humanae Vitae*)³.

Cette volonté émancipatrice constitue un élément essentiel de la dynamique bioéthique. Il n'est pas anodin pour moi que l'on parle bien de bio-*éthique* et non pas de bio-*morale*. La différence entre l'éthique et la morale n'est pas simple à définir, mais de façon opératoire on pourrait retenir l'idée que l'éthique est une réflexion sur la morale, c'est-à-dire un questionnement sur ce que l'on nous dit être bien ou être mal. Comme l'écrivent Fletcher et Spencer : « L'éthique peut être définie comme l'analyse, l'étude ou la prise en considération de la morale ; la morale renvoyant ici à ce que l'on considère comme "bien" ou "juste". Notez qu'avec cette définition, la question pour la *morale* est : "Que dois-je (ou devons-nous) faire dans cette situation ? Quel est le comportement juste à adopter ?", alors que l'éthique est concernée par la question : "Pourquoi dois-je (devons-nous) agir d'une manière spécifique ? Qu'est-ce qui justifie mon action ?". La morale dit ce qu'est un acte bon ou juste, alors que

¹ Engelhardt, H. T., *The Search for a Global Morality : Bioethics, the Culture Wars, and Moral Diversity*, in Engelhardt, H. T. (ed.), *Global Bioethic. The Collapse of Consensus*, Salem, M & M Scrivener Press, pp. 18-49, 2006.

² Benaroyo, L., *Ethique et responsabilité en médecine*, Genève, Editions Médecine & Hygiène, 2006 [en particulier, le chapitre 1 « L'*ethos* de la bioéthique et ses limites », pp. 27-61].

³ Doucet, H., *Au pays de la bioéthique. L'éthique biomédicale aux Etats-Unis*, Genève, Labor et Fides, 1996 [en particulier le chapitre 1 « Naissance de la bioéthique en Amérique du Nord », pp. 13-32.].

l'éthique étudie pourquoi cet acte est juste ou bon, et/ou pourquoi un autre acte peut être indiqué »⁴.

La vertu émancipatrice de l'éthique à l'égard des morales est merveilleusement exprimée par la définition de Fletcher et Spencer : grâce à l'analyse et au questionnement, l'éthique met à distance les principes moraux et la morale qui les porte. Mais l'éthique offre aussi les outils nécessaires pour prendre distance par rapport à une approche strictement scientifique de la maladie, du handicap et de la santé, en rappelant que, sans nier la nécessité dans certaines situations d'objectiver le corps humain pour mieux le soigner, il est bon aussi de se souvenir de la subjectivité de la maladie. En effet, comme je l'ai montré ailleurs, la maladie n'est pas qu'un dysfonctionnement de la machine humaine, elle est également ce mal qui me frappe moi ou qui frappe ceux que j'aime, en faisant irruption dans une existence concrète et particulière⁵.

Le caractère essentiel de cette vertu émancipatrice ne fait pas l'unanimité parmi tous ceux qui, en Occident, prétendent faire de la bioéthique, loin s'en faut. Il suffit pour s'en convaincre de jeter un œil sur un ouvrage aussi imposant que celui écrit par E. Sgreccia : « Manuel de Bioéthique. Les fondements et l'éthique biomédicale »⁶. Parfaitement respectable, ce livre n'a néanmoins de bioéthique que le nom et n'est rien d'autre qu'un condensé de la morale chrétienne traditionnelle appliquée au champ de la santé. S'il offre bien des pistes pour remettre en question la médecine scientifique occidentale, il n'en propose en revanche aucune qui permette d'interroger les morales ambiantes, dont la morale chrétienne. C'est bien alors de *bio-morale* voire même de *bio-moralisation* qu'il faut parler et non pas de *bio-éthique*.

Si la valeur émancipatrice de la bioéthique n'est pas toujours bien comprise en Occident, elle me semble l'être beaucoup moins encore au Congo. Même si mon expérience personnelle ne peut évidemment pas être généralisée, j'ai été confronté lors de mes séjours sur place à une société à la fois très hiérarchisée et très imprégnée de religiosité, devant laquelle il est très compliqué de montrer que la bioéthique ne correspond pas seulement à une démarche de moralisation, mais aussi, et surtout, à une volonté de prise de recul critique, en ce compris à l'égard des aspects religieux du monde de la santé et des autorités. Un dialogue de sourds peut alors s'engager entre des chercheurs soucieux de délivrer la bonne nouvelle critique et des « apprenants » en quête de règles, de lois, de codes et de normes de conduite pour guider leurs pratiques en matière de soins ou de recherche sur l'être humain.

Ce type de malentendus autour de la bioéthique conduit inévitablement à se poser la question du caractère universel de la démarche critique propre à ma discipline. Bien entendu, je suis

⁴⁴ Fletcher, J. C. et Spencer, E. M., *Clinical Ethics : History, Content, and Resources*, in Fletcher, J. C. et al. (ed.), *Fletcher's Introduction to Clinical Ethics*, 3rd edition, Hagerstown, University Publishing Group, pp. 3-18, 2005.

⁵ Ravez, L., *Médecine et subjectivité : le patient d'abord*, in Ravez, L. et Tilmans-Cabiaux, Ch. (éds.), *La médecine autrement. Pour une éthique de la subjectivité médicale*, Coll. « Epistémologie et éthique du vivant », Namur, Presses Universitaires de Namur, pp. 83-117, 2011.

⁶ Paris, Mame-Edifa, 2004.

conscient du caractère très situé de cette activité. Comme le rappelle l'un de nos pères fondateurs, Tristram Engelhardt, le projet même de la bioéthique est marqué au fer rouge, d'une part, par la philosophie des Lumières proclamant la centralité de la raison chez l'être humain et son caractère universel, et, d'autre part, par les courants postmodernistes distillant le doute dans les esprits sur la toute-puissance de la raison humaine et les espoirs de progrès⁷. Alimentée par ces deux courants philosophiques, la bioéthique prétend encourager les professionnels de la santé à adopter une attitude réflexive critique, fondée sur la raison, dans leurs pratiques de soins. Concrètement, cela signifie que la bioéthique vise à développer chez les professionnels une capacité à réfléchir de façon critique, d'une part, à leurs propres pratiques cliniques et à celles de leurs collègues, et, d'autre part, au contexte plus large dans lequel s'inscrit l'institutionnalisation des soins de santé. Ce contexte inclut bien entendu les aspects socio-économiques de la pratique des soins, mais aussi les croyances, les idéologies, les composantes historiques et géographiques liés à cette pratique.

La prise de conscience de l'importance du contexte en bioéthique s'est faite pour moi par la découverte brutale du fait que l'institutionnalisation des soins de santé dans les pays du Sud avait un visage totalement différent de celle que l'on rencontrait dans les pays du Nord. Les terribles inégalités, que chacun connaît, en matière d'accès aux soins de santé entre les pays « développés » et les autres « en développement » se traduisent sur le terrain par des situations humaines intolérables. Face aux catastrophes sanitaires vécues au quotidien dans un pays comme le Congo, on comprend vite qu'une bioéthique congolaise doive prendre un visage très différent d'une bioéthique occidentale en raison précisément de la différence des contextes. Il n'y a pas beaucoup de sens à enseigner là-bas une bioéthique axée sur les problèmes d'acharnement thérapeutique, d'assistance médicale à la procréation ou encore de greffes d'organes, alors que le quotidien est marqué par les ravages des maladies infectieuses (malaria, sida, tuberculose, etc.) et l'inaccessibilité des soins de santé⁸.

Il apparaît donc acquis qu'on ne peut pas construire une réflexion en bioéthique de la même manière en Belgique et au Congo. Cela étant, l'idée reste quand-même de faire de la bioéthique et de s'inscrire dès lors dans l'héritage critique que j'ai décrit. Mais est-ce légitime, sachant que cet héritage n'est pas nécessairement celui que les Congolais se reconnaissent ? En porte-à-faux avec ce que je crois comprendre des positions de Michael Singleton, je pense que l'entreprise est légitime et que l'on peut parler d'une universalité de la démarche critique réflexive au cœur de la bioéthique. Cette universalité justifie par ailleurs la

⁷ Engelhardt, H. T., *The Foundations of Bioethics*, 2nd edition, New York, Oxford University Press, 1996.

⁸ Voir par exemple : Farmer, P. et Gastineau Campos, N., *Rethinking Medical Ethics. A View from Below*, in Saussy, H. (ed.), *Partner to the Poor. A Paul Farmer Reader*, Berkeley-Los Angeles-London, University of California Press, pp. 471-486, 2010. Ou encore: Rennie, S. et Mupenda, B., *Living Apart Together: Reflections on Bioethics, Global Inequality and Social Justice*, in *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, Vol. 3, Article 25, 2008.

Remarque pour l'éditeur: Articles in *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* should be cited in the same way as articles in a traditional journal. Because articles are not printed, they do not have page numbers; instead, they are given a unique article number.

prétention que j'ai d'enseigner la bioéthique à des personnes issues de cultures et de traditions différentes des miennes.

Pour justifier ma position, c'est vers l'anthropologie elle-même que je me tournerai. Dans un article très intéressant intitulé « Le souci de l'autre : audit, éthique professionnelle et réflexivité des soignants en Guinée »⁹, Yannick Jaffré rend compte d'une étude menée dans les services de santé de cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, en particulier en Guinée, autour de la question de la violence dans les relations entre les soignants et les soignés. Partant du constat récurrent par des anthropologues s'intéressant à l'Afrique subsaharienne de « dysfonctionnements "relationnels" dans les services de santé » (p. 95), Jaffré confronte les « recommandations » des « praticiens de santé publique » aux réalités de terrain. D'un côté, ces derniers en appellent à ce « que les conduites des personnels soient régies par une éthique médicale, une déontologie permettant la constitution d'un système expert fiable assurant les conditions minimales de la confiance et procurant ainsi un sentiment de sécurité aux malades et à leurs familles » (p. 98), alors que de l'autre côté, les anthropologues constatent que : « L'acte thérapeutique est disjoint de sa raison altruiste et morale et la déontologie n'oriente pas l'acte de soin. Elle n'en est pas la cause : le "moteur affectif". Autrement dit, "on ne fait pas ce que l'on sait devoir faire pour le bien du patient" » (p. 96). Jaffré se demande alors comment réduire l'écart entre ce qui est attendu des soignants et ce qu'ils offrent concrètement à leurs patients, sachant évidemment qu'il s'agit de chercher à réduire les souffrances induites par les dysfonctionnements relationnels relevés. C'est donc bien parce qu'il y a une souffrance exprimée par les malades à l'égard du comportement des soignants qu'il est légitime de chercher des remédiations¹⁰ ?

Humaniser les soins en Afrique, puisque c'est bien de cela qu'il s'agit, passe pour Jaffré par un apprentissage de la *réflexivité* par les soignants. Par *réflexivité*, il faut entendre ici la capacité des professionnels de la santé à analyser leurs conduites. Le concept de réflexivité utilisé évoque de façon très claire la démarche critique qui dynamise la bioéthique. Il s'agit dans le cadre anthropologique évoqué d'une capacité pour les professionnels de santé de « déplier les raisons de leurs conduites pour mieux les comprendre » (p.104). Une telle capacité n'apparaît pas *ex nihilo* ; elle est présente à l'état embryonnaire chez tous les soignants qui savent décrire ce qu'ils font, mais ne sont généralement pas capables d'analyser les raisons de leurs gestes et de leurs comportements.

Dans son article, Jaffré rend compte de la méthodologie utilisée pour favoriser la réflexivité des soignants. Il n'est utile ici d'en faire état, l'important étant de noter que les concepts et les méthodologies d'analyse des situations cliniques proposés par la bioéthique visent précisément le même objectif, même si les outils utilisés sont différents.

⁹ Publié dans la revue *Autrepart*, « L'éthique médicale dans les pays en développement », Editions de l'Aube, Institut de Recherche pour le Développement, n°28, pp. 95-100, 2003.

¹⁰ Pour se donner une idée des souffrances ainsi exprimées, voir par exemple : Jaffré, Y. *et al.*, « Analyse anthropologique des interactions entre soignants et enfants dans quelques services de pédiatrie d'Afrique de l'Ouest (Abidjan, Bamako, Conakry), in *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, Vol. 102, n°4, pp. 238-246, 2009.

Un schéma complexe s'esquisse alors qui permet peut-être à la fois d'éclairer et de justifier un enseignement de la bioéthique en contexte congolais. Certes, la bioéthique est bien née quelque part et à une époque précise ; ses racines plongent sans ambiguïté dans un terreau philosophique précis : les Lumières et ensuite le postmodernisme. Il n'est pas question dès lors de tenter d'imposer aux Congolais cette discipline en tentant de leur faire croire que ce qui est le produit local de la culture occidentale à une époque précise serait en réalité universel et donc applicable tel quel à leur contexte. Plus pragmatiquement, il s'agit de reconnaître la co-existence de trois phénomènes. D'abord, il faut accepter l'évidence que les différences d'environnement (politique, socio-économique, culturel, etc.) entre la Belgique, ou les Etats-Unis, et le Congo sont très nombreuses ; chercher à réduire artificiellement ces différences est égarant sur un plan intellectuel et totalement méprisant pour les spécificités en présence. Ensuite, toute personne amenée à séjourner aujourd'hui dans une grande capitale africaine ne peut qu'être profondément marquée par le métissage des cultures dans les sociétés urbaines contemporaines. Il s'agit d'un élément totalement absent de la réflexion de Michael Singleton. Or, qu'on s'en félicite ou qu'on le déplore, ce métissage est source d'universalisation. Enfin, en lien direct avec le point précédent, il faut reconnaître que les structures sanitaires d'aujourd'hui constituent précisément un des lieux importants d'expression de ce métissage. Au-delà d'incontestables différences avec ce que l'on peut constater en Occident, les patients et les soignants congolais expriment des besoins, des aspirations et des désirs souvent comparables à ceux transmis par d'autres cultures, c'est-à-dire l'accès à une médecine efficiente sur un plan somatique et respectueuse des composantes moins matérielles de la vie humaine (les croyances, les valeurs, etc.). En prenant appui sur ces trois phénomènes, on peut alors proposer une approche de la bioéthique considérée comme un moyen parmi d'autres, *ici et là-bas*, de répondre aux besoins, aspirations et désirs des patients et des soignants ; certains n'hésitant pas à parler de « droits »¹¹.

Ne pourrait-on pas faire l'hypothèse qu'au-delà des expériences en Guinée et au Congo évoquées ici, la bioéthique porte en elle une forme d'*universel métissé* s'exprimant à travers la démarche réflexive critique qui en constitue la spécificité ? L'*universel métissé* serait dans ce cadre une compétence (la réflexivité critique de la bioéthique), certes née dans un contexte particulier, mais qui, par la force du métissage des cultures, en vient à acquérir une dimension peut-être universelle. Bref, ne pourrait-on pas envisager la réflexivité critique de la bioéthique comme un particularisme universalisé par le métissage des cultures ?

¹¹ Voir par exemple : MacDonald, Th. H., *The Global Human Right to Health*, Oxford/New-York, Radcliffe Publishing, 2007.