Erreur sur la personne ? La médecine au quotidien

The Notion of Person in Daily Medical Practice: a Reconsideration

Jean-Christophe Weber

Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/cps/2308>

DOI : 10.4000/cps.2308

ISSN : 2648-6334

Éditeur

Presses universitaires de Strasbourg

Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 2012

Pagination : 289-319

ISBN : 978-2-354100-44-5

ISSN : 1254-5740

Référence électronique

Jean-Christophe Weber, « Erreur sur la personne ? La médecine au quotidien », *Les Cahiers philosophiques de Strasbourg* [En ligne], 31 | 2012, mis en ligne le 15 mai 2019, consulté le 09 novembre 2022. URL : <http://journals.openedition.org/cps/2308> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/cps.2308>

Creative Commons - Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions
4.0 International - CC BY-NC-SA 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Erreur sur la personne? La médecine au quotidien

Jean-Christophe WEBER

*Invoker de prétendus principes moraux pour des questions
relevant de la conduite quotidienne est en général une fraude.*
Hannah Arendt¹

Le praticien de la médecine contemporaine cherche une boussole pour s'orienter dans une pratique rendue malaisée par la prolifération des connaissances, les contours flous de certaines de leurs applications, l'immixtion d'une gouvernance managériale, et les inflexions contractuelles des rapports avec des malades². La notion de personne est-elle à même d'éclairer les orientations, les décisions et les choix du médecin? On pourrait le penser à constater la fréquence de la référence

- 1 Hannah ARENDT, «Questions de philosophie morale», in: *Responsabilité et jugement*, Paris, Payot et Rivages, coll. Petite Bibliothèque Payot, 2009, p. 153.
- 2 Pour des références bibliographiques sur ces aspects, nous renvoyons le lecteur à celles indiquées dans quelques uns de nos travaux: Jean-Christophe WEBER, «Évolutions de la relation médecin-malade», in: Marie-Jo THIEL (éd.), *Où va la médecine? Sens des représentations et pratiques médicales*, Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg, 2003, p. 23-38; J.-Ch. WEBER, «Traiter quoi, soigner qui?», *Cahiers philosophiques*, 125, 2011, p. 7-29; J.-Ch. WEBER, «Les vœux du patient?», in: Euro Cos, Humanisme et Santé (éd.), *L'hôpital hors les murs*, Paris, Éditions de santé, 2009, p. 73-80; J.-Ch. WEBER, «Est-il recevable et acceptable de limiter l'offre de soins?», in: Euro Cos, Humanisme et Santé (éd.), *De l'accès à l'excès, évolution et ambiguïté de la demande de soins*, Paris, Éditions de santé, 2008, p. 57-64.

qui y est faite dans certains débats qui concernent la médecine et son évolution. Toutefois, la notion apparaît complexe – sauf à renvoyer au sens commun – (section I) ; comme en témoigne le corpus des avis du Comité consultatif national d'éthique (CCNE), elle sert des prises de position opposées, y compris sur la portée de ses deux attributs principaux que sont la dignité et la liberté (section II) ; son ancrage réaffirmé dans la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 peine à éviter les deux écueils que sont le rabatement de la personne sur le vivant humain, ou son assimilation à l'individu libre, autonome et responsable (section III). Le praticien de la médecine, qui rencontre l'être parlant³ malmené aussi bien par la biopolitique que par le culte de la performance, doit probablement trouver ailleurs que dans la notion de personne un Nord pour sa boussole (section IV).

I. « La personne » dans le discours médical : une présence problématique et complexe

Dans les discours qui décrivent le cadre de l'exercice médical, la notion de personne gagne en visibilité. C'est vrai du Code de la santé publique⁴. Autre indice, la Charte du *malade* hospitalisé de 1974⁵ est devenue celle du *patient* hospitalisé en 1995⁶, puis celle de la *personne* hospitalisée en 2006⁷. Réciproquement, quand il est question de la

3 Jean-Claude MILNER, *Pour une politique des êtres parlants*, Lagrasse, Verdier, 2011.

4 Même si les articles concernant la fin de vie marquent des oscillations entre « la personne », « le malade », « le mourant ». Par exemple, l'article L. 1111-10 dispose que (nous soulignons) : « Lorsqu'une *personne*, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du *malade* est inscrite dans son dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du *mourant* et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10 ».

5 Annexe à la circulaire ministérielle n° 74-258 du 12 décembre 1974 portant sur « l'humanisation des hôpitaux ».

6 Annexe à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.

7 Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

personne en philosophie morale, la médecine est régulièrement mise en avant comme illustration ou cadre d'application. J'en veux pour indice le dictionnaire d'éthique et de philosophie morale dirigé par Monique Canto-Sperber, qui ne propose curieusement aucun développement à l'entrée « personne », mais deux renvois, en particulier à l'entrée « Avortement »⁸.

On ne trouve par contre guère la « personne » dans les manuels professionnels – sinon pour désigner l'individu parmi d'autres, simple élément d'un collectif humain –; elle apparaît uniquement quand il s'agit d'éthique, de déontologie ou de droit médical. Le respect de la dignité de la personne est affirmé comme un des fondements de l'action médicale inscrit dans le Code de déontologie⁹.

Admettons l'approximation que la « personne » occupe une place dans un territoire qui serait commun à la philosophie et à la médecine, voire au droit. Toutefois, quand la médecine s'aventure de sa propre initiative dans ces zones frontalières, la « personne » n'est pas toujours au rendez-vous. Ainsi, dans un livre collectif de sciences humaines destiné aux étudiants de médecine¹⁰, il n'est que le juriste pour parler de la personne, s'agissant de ses droits. De même, la table détaillée d'un recueil didactique d'essais sur la médecine¹¹ ne fait mention de la « personne malade » qu'une seule fois, là encore à propos de ses droits. Ceux-ci résulteraient « d'un processus continu d'affirmation et de promotion de l'individu »¹². Le Guide pratique de la décision médicale¹³ propose une méthodologie d'analyse de la décision médicale sous l'angle éthique, dans laquelle la notion de personne n'intervient pas du tout. On ne peut

8 Monique CANTO-SPERBER (éd.), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, 2 tomes, Paris, P.U.F., coll. Quadrige, 2004. La seconde entrée à laquelle renvoie « Personne » est « Identité morale ».

9 Par exemple, Henri BRUNSWIC & Michel PIERSON (éds), *Initiation à l'éthique médicale*, Préface de Jean-François MATTÉI, Paris, Vuibert, 2002.

10 Laurent VISIER (éd.), *Médecine, Maladie, Société: l'éthique médicale*, Montpellier, Sauramps Medical, 2008.

11 Robert ZITTOUN & Bernard-Marie DUPONT (éds), *Penser la médecine, essais philosophiques*, Paris, Ellipses, 2002.

12 Jean-Christophe MINO, « D'un système de maladie à un système de santé: les enjeux contemporains des transformations de la médecine », in: R. ZITTOUN & B.-M. DUPONT (éds), *op. cit.*, p. 265.

13 Guy LLORCA (éd.), *Guide pratique de la décision médicale; l'éthique en clinique*, Paris, Med-line éditions, 2004.

manquer de repérer le contraste avec les auteurs qui professent une foi chrétienne : par exemple, Xavier Thévenot affirme que « la personne est le critère de moralité qui dirige *toute* la réflexion éthique »¹⁴.

Les médecins se méfieraient-ils d'une notion à connotation trop religieuse, en dehors de sa légitimité dans la sphère juridique des droits de la personne et des obligations déontologiques ? Leur apparente prudence peut aussi s'expliquer par les mines explosives qui parsèment ces zones frontalières à propos de la personne. Si certaines questions de bioéthique suscitent en effet une effervescence dans l'opinion comme dans les débats académiques ou parlementaires, c'est probablement en (grande) partie parce que « les nouvelles technologies biomédicales ont remis en cause des concepts fondamentaux utilisés par les philosophes pour élaborer leurs réflexions morales, tout particulièrement, le concept de personne humaine »¹⁵. En effet, les exemples ne manquent pas : modification des critères de la mort (encéphalique), transplantation d'organes à partir de donneurs vivants, médecine prénatale et interruption de grossesse, euthanasie, refus de soins, recherche sur les cellules souches embryonnaires, etc. Dans tous ces domaines se font entendre des thèses concurrentes s'appuyant chacune sur une représentation particulière de la « personne »¹⁶. Ces conceptions variables servent de mode de légitimation à la limitation des ambitions d'amélioration du vivant humain. En effet, à la délimitation de la personne est toujours associé le principe d'un respect. Ce respect est-il dû à la personne en tant que coextension de l'organisme qui la sous-tend ? À l'organisme vivant capable de ressentir du plaisir et de la douleur ? Aux êtres doués de conscience réflexive ? On a esquissé là très succinctement trois approches distinctes et conflictuelles, qui mériteraient un examen plus détaillé car chacune d'entre elles se décline en diverses nuances. Pour n'en donner qu'un exemple, parmi les partisans d'une définition rationaliste de la personne et d'une primauté

14 Xavier THEVENOT, *La Bioéthique*, Paris, Éditions du Centurion, 1989, p. 53 (souligné par nous).

15 Michel METAYER, *La philosophie éthique ; enjeux et débats actuels*, Québec, Éditions du Renouveau Pédagogique, 1997, p. 330.

16 Par exemple, on peut se reporter, pour un examen approfondi de cette « dispute » à propos de l'interruption de grossesse, à Anne FAGOT-LARGEAULT, *Médecine et philosophie*, Paris, P.U.F., 2010, p. 103-144.

absolue d'un principe de respect de son autonomie, Engelhardt¹⁷ distingue les personnes comme un sous-ensemble des êtres humains¹⁸ partageant certains attributs : conscience réflexive, sensibilité morale, capacité de raisonner et de choisir. Seuls les êtres humains qui sont des personnes méritent réellement le respect (de leur autonomie), aux autres est réservée la seule protection bienveillante. Par contre, Beauchamp et Childress, quoiqu'issus du même courant de pensée, insistent davantage sur les conditions réelles des choix autonomes :

« L'autonomie personnelle désigne au minimum l'autorégulation libre de l'ingérence des autres et des limitations qui font obstacle à un choix réel, comme par exemple une compréhension inadéquate »¹⁹.

Ils préfèrent cette définition pragmatique de l'autonomie aux considérations qui s'attachent à des conditions idéales mais trop restrictives voire inaccessibles. Plutôt qu'à une théorie générale de la personne, ils se réfèrent *in fine* à la morale commune, qu'ils présentent comme issue d'un double héritage, Kant pour la valeur inconditionnelle de l'individu et Mill pour le souci de sa liberté²⁰. En se défendant de produire une théorie morale générale, Beauchamp et Childress entendent faire preuve de prudence idéologique pour faire droit au contexte de diversité morale qui rend compte du pluralisme des conceptions du bien²¹.

Un autre motif pour la prudence des médecins dans le maniement de la notion de personne, pourrait être sa complexité, qui renvoie aux multiples sources et strates de sa constitution juridique, théologique et philosophique²². Comment y trouver des repères ?

17 Hugh Tristram ENGELHARDT Jr., *The Foundations of Bioethics*, New-York / Oxford, Oxford University Press, 2^e éd., 1996, p. 138-139.

18 L'affirmation est claire : « not all humans are persons ».

19 Tom L. BEAUCHAMP & James F. CHILDRESS, *Les principes de l'éthique biomédicale*, Paris, Les Belles Lettres, 2008, p. 92. On notera l'absence de « Personne » dans l'index, sauf accompagnée d'attributs : « Personne âgée », puis « Personne capable, incapable de jugement », et enfin « Personne de confiance / Décideur / Prise de décision par un tiers ».

20 T. L. BEAUCHAMP & J. F. CHILDRESS, *op. cit.*, p. 101.

21 C'est pourquoi le courant principliste connaît une grande diffusion dans le champ bioéthique : il définit les grands principes de la morale de telle façon qu'ils puissent être reconnus comme valides quel que soit le cadre du contenu moral particulier à telle ou telle communauté de pensée.

22 Pour une présentation de cette triple source et les difficultés qui en résultent pour la « biomédecine », voir Dominique LECOURT, « Personne », *in* :

Dans le droit, l'affaire semble assez bien codifiée : la personne est un centre unifié de choix, d'action, et de responsabilité²³. La notion de dignité s'y rattache ; elle est affirmée en bonne place dans le Code civil, dont l'article 16-1 dispose que « la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie ». Toutefois, la logique interne au droit expose aussi à des difficultés. Pour Olivier Cayla²⁴, dignité de la personne et droits de l'homme ne s'opposent pas quand il s'agit des relations à autrui, mais entrent en conflit dans le cadre de la relation de soi à soi, et l'usage de la notion peut être mis au service de positions libérales ou conservatrices²⁵. Pour les questions qui intéressent la médecine, la constitution juridique de la personne peut-elle être conçue et interprétée comme affranchie (ou non) des conditions naturelles, sociales, psychiques dans lesquelles existe l'individu humain qui vient à la rencontre du médecin ? Parmi les travaux de juristes qui ont examiné ce problème, ceux de Bernard Edelman²⁶, Yan Thomas et Olivier Cayla²⁷, Jean-Pierre Baud²⁸, ou Stéphanie Hennette-Vauchez²⁹

Dominique LECOURT (éd.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, P.U.F., coll. Quadrige, 2004, p. 857-859.

- 23 On remarquera qu'en dehors du droit, une telle affirmation n'est rien de moins que problématique. Par exemple, pour Nietzsche, cette idée qu'il existe un centre unifié de choix et d'action est un écran défensif pour la mauvaise foi (Friedrich NIETZSCHE, *Par delà bien et mal*, § 19, Paris, Gallimard, 1971). Pour Freud, le Moi qui en a la charge ne parvient pas vraiment à opérer cette synthèse, et il n'est pas maître dans sa propre maison (Sigmund FREUD, « Une difficulté de la psychanalyse », in : *Œuvres Complètes*, vol. XV (1916-1920), Paris, P.U.F., 2006, p. 50).
- 24 Olivier CAYLA, « Le droit de se plaindre », in : Olivier CAYLA & Yan THOMAS, *Du droit de ne pas naître ; à propos de l'affaire Perruche*, Paris, Gallimard / Le Débat, 2002, p. 47 *sqq.*
- 25 Sur l'utilisation d'une même notion par des positions opposées, voir aussi Jean-Yves GOFFI, « Avortement », in : M. CANTO-SPERBER (éd.), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, éd. cit., p. 153.
- 26 Bernard EDELMAN, *Ni chose ni personne. Le corps humain en question*, Paris, Hermann, 2009.
- 27 O. CAYLA & Y. THOMAS, *op. cit.*
- 28 Jean-Pierre BAUD, *L'affaire de la main volée. Une histoire juridique du corps*, Paris, Éditions du Seuil, 1993.
- 29 Stéphanie HENNETTE-VAUCHEZ, *Disposer de soi ? Une analyse du discours juridique sur les droits de la personne sur son corps*, Paris, L'Harmattan, 2004.

ont montré que si le droit a longtemps distingué l'être humain concret (corps et âme) de sa personne (individualité juridique), aujourd'hui les deux sont de plus en plus confondus sans que la distinction formelle ait complètement disparu. Une double tendance est mise en évidence : d'une part le corps humain acquiert progressivement un statut juridique, d'autre part on assiste à une naturalisation de la personne³⁰.

De la philosophie nous viennent également à la fois des éclaircissements et une complexité accrue. Les théories pouvant servir de point d'ancrage pour asseoir une perspective sur la personne sont nombreuses³¹. On peut privilégier Hobbes qui met l'accent sur la personne comme représentation :

« Est une personne celui dont les paroles ou les actions sont considérées, soit comme lui appartenant, soit comme représentant les paroles ou actions d'un autre, ou de quelque autre réalité à qui on les attribue par une attribution vraie ou fictive »³².

Mais, comme le souligne Guy Le Gaufey³³, insister sur la représentation de soi-même que réalise la personne naturelle expose à une difficulté de taille, car il n'y a nulle intériorité à mettre en jeu. On peut préférer mettre avec Locke l'accent sur l'identité réflexive :

« ce que représente la personne, c'est, je pense, un être pensant et intelligent, doué de raison et de réflexion, et qui peut se considérer soi-même comme soi-même, une même chose pensante en différents lieux et temps »³⁴.

Cette perspective expose aux écueils qu'on a mentionnés plus haut en évoquant le point de vue de H. T. Engelhardt. Kant est presque toujours invoqué dans les débats médicaux qui mettent en jeu la notion de personne, mais est-on encore prêt à arracher comme il le fait la personne à son existence empirique ? Faut-il alors s'en tenir à la philosophie analytique du langage, pour qui une personne est à la fois quelqu'un dont on peut parler et quelqu'un qui peut parler, et qui peut parler de

30 Le cas dit "de l'affaire Nicolas Perruche" en est une illustration exemplaire.

31 Les exposer ici sortirait des cadres de cet article et de nos compétences.

32 Thomas HOBBS, *Léviathan*, trad. fr. F. Tricaud, Paris, Sirey, 1971, p. 161.

33 Guy LE GAUFEY, *Anatomie de la troisième personne*, Paris, Epel, 1999.

34 John LOCKE, *Identité et différence (An Essay concerning Human Understanding, II, xxvii, Of Identity and Diversity)*. *L'invention de la conscience*, présenté, traduit et commenté par Étienne Balibar, Paris, Éditions du Seuil, 1998, p. 149.

soi en première personne³⁵ ? Les participants des débats de bioéthique ne sont probablement pas prêts à un tel régime amincissant. En fait, toutes ces perspectives philosophiques sont certainement nourrissantes pour la réflexion en médecine, mais les fils que l'on peut tirer ne sont pas facilement incorporables dans le tissu d'une pratique.

Quant aux sources théologiques, elles ne peuvent être méconnues. Saint Augustin est considéré comme l'inventeur du concept de personne pour la théologie et la métaphysique³⁶. Elles exercent encore une influence certaine dans notre univers culturel occidental, et légitiment certaines prises de position dans les débats de bioéthique. Toutefois, notre enquête nous amène à chercher ce qui de la notion de personne pourrait être mis au cœur de la pratique médicale, sans poser comme préalable l'adhésion à une croyance religieuse particulière.

II. « La personne », lieu de conflits insurmontables sur la dignité et la liberté

Adoptant alors une méthode empirique, nous avons cherché quelles représentations de la personne se dégagent des avis récents du CCNE. Notre analyse porte sur un corpus arbitrairement constitué des avis rendus publics entre 2005 et 2010, soit 24 avis numérotés de 88 à 111. Le choix de cette source documentaire se justifie du fait que cette instance (collectif formé de membres aux identités diversifiées³⁷) produit régulièrement des textes rendus publics sur des questions de bioéthique suscitées par l'actualité, et qu'elle accomplit un effort rhétorique de légitimation des recommandations qui sont émises.

Le premier constat est que le CCNE peut fort bien se passer de la notion de personne pour analyser une question qui est soumise à son examen. La figure du destinataire des soins ou de la politique de santé examinée est nommée patient, malade, individu, ou encore être humain.

35 Pour une enquête approfondie, voir Vincent DESCOMBES, *Le complément de sujet. Enquête sur le fait d'agir de soi-même*, Paris, Gallimard, 2004.

36 Emmanuel HOUSSET, *La vocation de la personne. L'histoire du concept de personne de sa naissance augustinienne à sa redécouverte phénoménologique*, Paris, P.U.F., 2007.

37 Voir sur ce point, Dominique MEMMI, *Les gardiens du corps, Dix ans de magistère bioéthique*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1996.

Ainsi neuf avis³⁸ ne font aucune mention de la « personne », alors même que le thème abordé aurait pu s'y prêter : difficultés du passage de l'ordre biologique à l'ordre juridique à propos des « méthodes de détermination de l'âge à des fins juridiques » (avis 88, 2005) ; risque d'enfermer l'individu dans une caractéristique génétique (avis 97, 2007, sur la « délivrance de l'information génétique néonatale à l'occasion du dépistage de maladies génétiques ») ; tension entre solidarité et liberté individuelle dans des situations d'exception comme une pandémie grippale (avis 106, 2009) ; développement des soins palliatifs (avis 108, 2009) ; risque pour les libertés individuelles du dossier médical personnel et informatisation des données de santé (avis 91, 2006, « problèmes éthiques posés par l'informatisation de la prescription hospitalière et du dossier du patient » et avis 104, 2008, « dossier médical personnel et de l'informatisation des données de santé »)³⁹. Dans l'avis 104, il est question de l'autonomie (en tant qu'expression des libertés individuelles) du patient, pas de celle de la personne. Ce principe d'autonomie a aujourd'hui une prééminence, notamment sur celui de bienfaisance. Or l'expression de l'autonomie peut se révéler contraire à l'intérêt objectif du patient lui-même. Doit-on alors la respecter ? Le CCNE pose explicitement la question : « si l'expression de la liberté se révèle contraire à l'intérêt du patient lui-même, faut-il subordonner le respect de son autonomie à sa propre protection au nom du principe de bienfaisance ? » Ce simple exemple suffit à illustrer une des tensions internes à la médecine : que signifie servir les intérêts du malade, si sa liberté et sa santé amènent à des attitudes divergentes ? Autrement dit, le respect de l'autonomie du patient pourrait-il être contesté au nom de sa propre protection ? Le CCNE admet cette possibilité. Recourir à la notion de personne aurait-il modifié les conclusions ? Il est permis de suggérer qu'il eût été plus difficile d'admettre, contre les prérogatives de la personne, leur limitation au nom de ses propres intérêts⁴⁰. Parler plus

38 Ce sont les avis suivants, tous consultables sur le site du CCNE (<http://www.ccne-ethique.fr/>) : 88, 91, 97, 99, 104, 106, 107, 108 et 109.

39 Deux avis par contre concernent des thèmes pour lesquels la notion de personne est moins proximale : l'avis 99 (2007) porte sur un test de détection sanguine des cellules tumorales circulantes. L'avis 109 (2010) traite de la communication d'informations scientifiques et médicales vers la société.

40 On ne peut manquer d'évoquer les analogies avec un cas juridique célèbre, l'affaire dite du « lancer de nain de Morsang-sur-Orge » qui a amené le conseil d'État à justifier un arrêté municipal d'interdiction de cette pratique,

prosaïquement de l'autonomie du patient en rend peut-être la limitation plus aisée? Dans l'avis 107 (2009), qui traite du diagnostic prénatal et du dépistage pré-implantatoire (DPI), deux sujets qui soulèvent la question épineuse du statut de l'embryon, l'absence de toute référence à la personne témoigne aussi peut-être d'une prudence toute diplomatique. Si l'embryon est une personne, alors la pratique du DPI devient presque impossible à légitimer. La complexité de la notion s'étendrait-elle à son maniement au sein même d'une instance qui doit privilégier sinon le consensus, du moins la synthèse?

Six avis font une référence discrète à la «personne» dans leur argumentation⁴¹. Personne malade (un migrant suspect de tuberculose, avis 92, 2006) ou vulnérable (un enfant dont on observe le comportement, avis 95, 2007), il s'agit de la protéger des ambitions sécuritaires d'une société pour qui elle représente un risque. Son identité et la nature de ses liens familiaux ne peuvent être réduites à leur dimension biologique (avis 100, 2007, sur «la migration, la filiation et l'identification par empreintes génétiques»). Sa construction est un processus continu qui implique la vie sociale (avis 102, 2007, sur la situation des personnes atteintes d'autisme), dans une diversité d'interactions et d'échanges en vue d'une «humanité accomplie» (avis 103, 2007, à propos du dépistage systématique néonatal et de la prise en charge des enfants sourds). Ces trois avis (100, 102, 103) soulignent que la personne est en excès sur la naturalité biologique, que cette dernière soit saine, malade ou limitée par un handicap. Mais la personne déborde aussi de l'individualité, puisqu'elle ne se constitue que dans un monde socialisé. Le dernier avis examiné (avis 111, 2010), qui concerne les conservations de cadavres à des fins d'exposition muséale, rappelle que le respect dû à la personne

pourtant volontaire et revendiquée, en tant qu'elle portait «atteinte au respect de la dignité de la personne humaine». Cet arrêt de 1995 (<http://www.conseil-etat.fr/cde/fr/presentation-des-grands-arrets/27-octobre-1995-commune-de-morsang-sur-orge.html>) fait de la dignité un principe d'ordre public qui est opposable à l'individu lui-même. Le philosophe David Liotta estime que cet arrêt est de nature à dévaloriser la portée du consentement dont on fait grand cas en médecine: David LIOTTA, «Deux dévalorisations récentes du consentement», in: Jean-Paul CAVERNI & Roland GORI (éds), *Le consentement. Droit nouveau du patient ou imposture?*, Paris, In Press Editions, 2005, p. 71.

41 Ce sont les avis suivants, tous consultables sur le site du CCNE (<http://www.ccne-ethique.fr/>): 92, 95, 100, 102, 103, 111.

s'étend, après son décès, au cadavre. Cet avis est remarquable car il rend explicite une interrogation sous-jacente à de nombreux autres avis : « que peut-on se permettre et que doit-on s'interdire de faire ? »

Neuf avis enfin s'appuient sur la notion de personne dans leur développement argumentatif⁴².

L'avis 89 (2005) concerne les corps conservés des fœtus et enfants morts et conclut que les collections doivent être abandonnées⁴³. Il est dit que le fœtus est devenu, du fait des progrès de la médecine, un « être reconnu avant sa naissance voire nommé, étant parfois même un "patient" individualisé ». Pour autant, avant sa naissance, « ce n'est pas une personne ». La frontière radicale du droit est ici rappelée. Et néanmoins « ce qu'on sait » du fœtus « impose le respect » : passage du descriptif au normatif. Donc le respect n'est plus associé à la seule personne, du moins à la personne en tant que catégorie juridique. Mais la logique juridique semble elle-même embarrassée, puisqu'il y a des rituels d'inhumation et des possibilités d'inscription sous conditions à l'état civil de ces « non-personnes »⁴⁴. Dans le texte de l'avis, le CCNE oppose au regard analytique, médical ou juridique, les représentations affectives des parents. Être une personne c'est aussi être reconnu comme tel⁴⁵. Le CCNE recommande le respect dû au fœtus mort eu égard à son « origine humaine », même s'il est considéré juridiquement comme « res nullius ». Deux lignes argumentatives différentes sont donc exploitées :

42 Ce sont les avis suivants, tous consultables sur le site du CCNE (<http://www.ccne-ethique.fr/>) : 89, 90, 93, 94, 96, 98, 101, 105, 110.

43 Cet avis fait suite à l'émoi provoqué dans l'opinion publique par la révélation de l'existence de corps de fœtus conservés à des fins pédagogiques ou scientifiques sans le consentement des parents. Le gynécologue Claude Sureau, membre du CCNE, a écrit à partir de cet événement un livre publié la même année : Claude SUREAU, *Son nom est personne*, Paris, Albin Michel, 2005.

44 Sur un autre terrain, nous avons montré comment les acteurs de l'interruption médicale de grossesse nécessitant un geste fœticide ont recours à des rationalisations qui exposent à des apories imprévues : Jean-Christophe WEBER, Dominique MEMMI, Thierry RUSTERHOLTZ & Catherine ALLAMEL-RAFFIN, « Le fœticide, une administration impensable de la mort ? », *Sociétés Contemporaines*, 2009 / 3, n° 75, p. 17-35.

45 Luc Boltanski établit un constat analogue, celui d'un double engendrement biologique et par la parole parentale, des fœtus « authentiques » : Luc BOLTANSKI, *La condition fœtale, une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard, 2004.

d'une part l'origine humaine renvoie aux conceptions de la personne comme co-extensive de l'appartenance à l'espèce humaine ; d'autre part le respect du désir des parents sur le devenir du corps se rattache à l'idée qu'une personne est un être en relation. On remarquera que la capacité d'opérer une synthèse de différentes perspectives sur la personne ne sera pas exploitée quatre ans plus tard dans l'avis 107 (2009) portant sur le diagnostic prénatal (*cf. supra*). La différence entre les deux avis pourrait tenir davantage aux attentes de l'opinion qu'aux conséquences pratiques d'un statut conféré à l'être prénatal qui soit adossé à la notion de personne.

L'avis 90 (2005) concerne l'accès aux origines, l'anonymat et le secret de la filiation. Le questionnement éthique est suscité par la dissociation des dimensions biologique et sociale de la filiation. Les pratiques en vigueur en matière d'assistance à la procréation sont remises en question, par une opposition entre d'une part le droit de l'enfant de connaître ses parents (que le CCNE distingue des géniteurs biologiques), et d'autre part la priorité donnée à la notion de « projet parental » (qui « confisque à son seul profit le statut de l'enfant »). Pour le CCNE, le social n'est pas réductible au biologique, et « évoquer la notion d'information biologique (plutôt que de parler de vérité biologique) ne donne pas la vérité de la personne ». Le CCNE recommande une évaluation « au regard du respect de l'égale dignité des personnes humaines », et conclut en faveur du maintien de l'anonymat des donneurs de gamètes, car il y va du « lien social » et que « la conception d'un être humain concerne les relations fondamentales entre les personnes dans l'ensemble des dimensions de leur humanité, biologique, psychique, sociale, culturelle et spirituelle ». L'approche sociale de la personne est ainsi mise en avant ; comme dans les avis 100, 102 et 103 évoqués plus haut, la personne destinataire du respect est considérée comme dépassant l'individu, y compris dans l'exercice de ses droits (connaître ses parents).

Si la personne est en excès sur son corps, elle n'en est toutefois pas la propriétaire. Les rapports entre la personne et son corps, à l'interface de la science et du droit, se tendent sous l'effet des transactions dans lesquelles peuvent entrer des éléments issus du corps humain. L'avis 93 (2006) sur la commercialisation des cellules souches humaines fait rappel de la situation hors commerce des éléments du corps humain – qui ne

sont pas des choses ou des biens matériels⁴⁶ –, et suggère qu'on peut opposer une dignité générique à l'individu lui-même⁴⁷. La personne n'est pas propriétaire de son corps ou d'un de ses éléments ou produits, et l'indisponibilité du corps est un principe d'ordre public. On remarquera que la notion de libre disposition de son corps, qui se répand dans la doctrine juridique tout en restant absente du droit positif, n'est pas évoquée expressément⁴⁸.

D'un autre côté, la personne risque d'être réduite à sa corporalité. C'est ce que souligne l'avis 98 (2007) relatif à la biométrie et aux données identifiantes, en évoquant la tension entre un désir sociétal de sécurité qui passe par la biométrie, et le respect de la dignité des personnes. L'objectif de la biométrie est de s'assurer qu'une personne qui prétend à telle identité existe bien. Mais la visée sécuritaire accepte de réduire la personne à une série de données rassemblées, en assimilant d'une part la personne à l'individu authentifié avec certitude, et en considérant d'autre part que la reconnaissance de l'individu par son nom et la photographie de son visage n'est pas suffisante à l'établir. Reconnaître la personne comme « un corps vivant » et un « nom porté » reste donc en deçà des exigences de sécurité : la personne est potentiellement une menace, qu'on pourrait prévenir par l'identification de critères biométriques précis. Le CCNE s'avise que ces procédés facilités par les nouvelles technologies ne peuvent « capturer l'essence de la personne », mais peuvent « déséquilibrer le regard » qu'on porte sur elle, enfermée dans sa biométrie. À l'ipséité, la réalité subjective, le corps vécu, le maintien de soi, on préfère l'identité, la mêmété, l'objectivation⁴⁹. La collaboration de la médecine au stockage

46 Sur ces questions, voir les ouvrages déjà cités de Bernard EDELMAN, Jean-Pierre BAUD & Stéphanie HENNETTE-VAUCHEZ.

47 Voir *supra*, note 40.

48 Pour un examen minutieux de ce point, voir S. HENNETTE-VAUCHEZ, *op. cit.*

49 Il est remarquable que, dans un avis antérieur (« Réponse au Président de la République au sujet du clonage reproductif », <http://www.ccneethique.fr/docs/fr/avis054.pdf>), le CCNE ait cru bon au contraire d'affirmer que « Le caractère unique de chaque être humain, dans quoi l'autonomie et la dignité de la personne trouvent support, est exprimé de façon immédiate par l'unicité d'apparence d'un corps et d'un visage, laquelle résulte de l'unicité du génome de chacun ». Autrement dit, quand il s'agit de l'interdiction du clonage, le CCNE n'hésite pas à lier la dignité de la personne et son autonomie à son identité génétique unique...

de données biométriques interconnectées est un risque évoqué par le texte de l'avis.

Une société égoïste peut aussi préférer sacrifier la valeur inconditionnelle de la personne sur l'autel des restrictions budgétaires. Ainsi l'avis 101 (2007), qui concerne les enjeux éthiques des contraintes financières en milieu hospitalier, rappelle une conception de la justice codifiée dans le droit international qui fait de la dignité une composante consubstantielle de la personne⁵⁰. Cette conception se heurte aux conséquences de la doctrine utilitariste qui peut toujours s'avérer sacrificielle de ceux dont l'utilité n'est pas établie. La valeur inconditionnelle de la personne pourrait bien être inconciliable avec la satisfaction du plus grand nombre. Or l'avis du plus grand nombre, qui revient *in fine* aux décisions de la majorité parlementaire, fixe des contraintes budgétaires qui infléchissent les décisions des acteurs de terrain. Bien sûr, on pourra toujours arguer que poser la valeur inconditionnelle de la personne ne signifie pas pour autant de ne mettre aucune limitation aux soins qu'il convient de prodiguer. Il n'en demeure pas moins que la délimitation des soins « justifiés » est toujours une question délicate, dont les enjeux ne sont pas restreints aux seuls aspects financiers⁵¹.

La responsabilité collective avait aussi été mise en cause par l'avis 94 (2006) sur « la santé et la médecine en prison ». Dressant un état des lieux, l'avis rappelle le non-respect de nombreux droits de la personne

50 Le préambule de la Déclaration universelle des droits de l'Homme du 10 décembre 1948 débute par ces termes : « considérant que la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde, ... » (<http://www.un.org/fr/documents/udhr/>).

51 Ainsi le CCNE appelle à une médecine « sobre ». G. Khushf en a montré la compatibilité avec l'idéal de scientificité et l'esthétique du jugement : Georges KHUSHF, « The aesthetics of clinical judgment : exploring the link between diagnostic elegance and effective resource utilization », *Medicine Health Care and Philosophy*, 2, 1999, p. 141-159. Nous avons discuté de la légitimité d'une limitation de l'offre de soins qui se réfère à la distinction entre besoin, désir et demande : Jean-Christophe WEBER, « Est-il recevable et acceptable de limiter l'offre de soins ? », in : Euro-Cos, Humanisme et Santé (éd.), *De l'accès à l'excès, évolution et ambiguïté de la demande de soins*, Paris, Éditions de santé, 2008, p. 57-64.

incarcérée en matière de santé, d'accès aux soins, de secret médical, de consentement libre, d'injonction de soins après des crimes sexuels, etc. « Nous sommes tous responsables du respect de la dignité humaine des personnes incarcérées ». Cet avis souligne que n'est « réellement » une personne – au sens des conséquences concrètes qui résultent d'une affirmation d'ordre moral – qu'un individu qui est traité comme tel. Mais il fait également de la personne une question politique, car les problèmes posés aux médecins des prisons ne peuvent trouver de solutions à l'intérieur de leur champ propre. À cet avis est d'ailleurs annexée la contribution anonyme d'un membre du CCNE qui exprime son regret de voir cette instance sortir de son « ancrage dans le champ du vivant » pour empiéter sur l'éthique sociale. Si cette opinion était partagée, il deviendrait évident que toute l'argumentation fondée sur la personne perdrait de sa pertinence, en tant que la notion implique, comme nous l'avons vu, des dimensions qui débordent d'une conception stricte des sciences de la vie.

Dignité humaine et libertés individuelles sont aussi potentiellement menacées par certaines utilisations envisageables des nanosciences, abordées par l'avis 96 (2007). Certes, elles promettent de nouvelles modalités d'agir sur le monde, mais montrent que « chaque être humain est désormais traçable, localisable, convocable, alors que lui-même se pense comme à l'émergence et à l'origine du système ». L'homme-machine est une menace pour le respect de la personne en sa liberté.

Les avis que l'on vient de décrire brièvement contribuent à dresser une représentation assez cohérente de la personne : le CCNE en propose une perspective qui se veut plutôt consensuelle et qui lie ensemble les deux critères de dignité et de liberté⁵², lesquels servent de points de repère pour l'examen critique des « menaces » que peuvent représenter certaines évolutions de la médecine.

Ces deux critères habituellement convergents dans la plupart des avis examinés entrent cependant en conflit l'un avec l'autre dans deux avis (avis 105, 2008 ; avis 110, 2010). L'argumentation du CCNE rend compte alors des dissensions entre conceptions incompatibles qui entament la solidité de l'ancrage sur la notion de personne de la réflexion bioéthique.

52 On retrouve le mixage sommaire de Kant et de Mill.

L'avis 105 (2008) propose un questionnement préparatoire aux états généraux de la bioéthique, étape voulue par le gouvernement dans l'élaboration de la révision législative qui pourra modifier les lois dites de bioéthique de 1994 et 2004, la loi de 1975 modifiée en 2001 sur l'interruption volontaire de la grossesse, et certains volets des lois de 2002 et 2005 portant sur le droit des malades⁵³. Le texte de l'avis rappelle les tensions entre les pratiques médicales et les principes dits « fondateurs » de notre société, comme l'indisponibilité du corps humain et sa non-patrimonialité⁵⁴. Il est rappelé que le dispositif alors en vigueur a en son cœur le principe du respect de la dignité de la personne humaine⁵⁵. Ainsi, toutes les exceptions à ce principe sont sévèrement encadrées. Toutefois, la force du principe de respect de la dignité se voit entamée si le contenu en est variable et si les exceptions, même encadrées, se multiplient, notamment à propos de l'indisponibilité du corps humain qui y est rattachée⁵⁶. Quant au respect fondamental de la liberté, le point délicat concerne la revendication croissante d'autonomie à laquelle les lois récentes relatives aux droits des personnes malades ont donné une traduction juridique. En effet, la question se pose alors du devoir du législateur de protéger la personne contre elle-même (ex. du don d'organes entre vifs, où le donneur d'organes est vivant).

L'avis 110 (2010) traite de la gestation pour autrui, dont la légalisation est demandée au nom du traitement de la souffrance de ne pouvoir avoir d'enfant⁵⁷. Il entend instruire la question en décrivant les arguments des partisans et des détracteurs de cette pratique. Ceux qui prônent le maintien de l'interdiction⁵⁸ s'appuient en dernier ressort

53 Cette révision législative est en cours au moment où nous écrivons ces lignes.

54 Sur ce point, voir dans le présent volume l'article de Jean-Michel PUGHON, « La personne juridique, ou le complexe de Prométhée ».

55 L'article 16 du Code civil déjà cité a été créé puis précisé par les lois « de bioéthique » de 1994 (loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain) et 2004 (loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique).

56 C'est le cas par exemple de toute atteinte à l'intégrité du corps humain pour des motifs « médicaux » qui débordent de la « thérapeutique ».

57 La gestation pour autrui n'apparaîtra finalement pas dans le texte présenté à l'Assemblée nationale pour la révision des lois de bioéthique en janvier 2011.

58 Code civil, article 16-7 créé par la loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain : « Toute convention portant sur la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui est nulle ».

sur la dignité de la personne⁵⁹. Un arrêt de l'Assemblée plénière de la Cour de cassation du 31 mai 1991 avait mis en cause cette pratique, en jugeant « que la convention par laquelle une femme s'engage, fût-ce à titre gratuit, à concevoir et à porter un enfant pour l'abandonner à sa naissance contrevient tant au principe d'ordre public de l'indisponibilité du corps humain qu'à celui de l'indisponibilité de l'état des personnes et en a déduit que l'adoption d'un enfant né d'une mère porteuse par l'épouse du père biologique ne pouvait être prononcée, car elle constituerait un détournement de l'institution ». La loi de 1994 a prévu une sanction pénale pour le fait de s'entremettre entre un couple désireux d'accueillir un enfant et une mère porteuse (article 227-12 du Code pénal), et a déclaré la nullité de toute convention portant sur la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui (créant l'article 16-7 du Code civil). À l'interdiction du droit, s'ajoutent les risques médicaux, celui « d'instrumentalisation et de marchandisation de la personne ». Enfin, cette pratique « apparaît à certains comme radicalement contraire au principe de respect de la dignité de la personne humaine ».

Restant sur le plan des principes, le camp opposé (*i.e.* les tenants d'une libéralisation sous conditions de la gestation pour autrui) privilégie celui de la liberté individuelle, « qui est elle aussi reconnue par la Constitution ». Le respect de la dignité peut-il conduire à protéger la personne contre elle-même sans porter *ipso facto* atteinte à sa liberté ou à son autonomie ?

Le CCNE reconnaît que, « malgré le consensus général en faveur du respect de la dignité humaine », il persiste « un clivage entre ceux qui estiment que la dignité donne aussi à l'individu des devoirs envers lui-même, afin de se montrer "digne" de sa condition d'homme, et ceux qui pensent que, dans la mesure où il n'est pas porté atteinte à la dignité d'autrui, chacun demeure libre de déterminer ce qui est de l'ordre de sa propre dignité ».

Nous avons donc d'une part une opposition entre dignité et liberté, d'autre part une opposition entre deux conceptions distinctes de la dignité : valeur intrinsèque de l'être humain, indépendante de l'appréciation individuelle, ou valeur relative au jugement individuel. La question de la gestation pour autrui met à mal l'apparent consensus

59 En l'occurrence c'est avant tout la femme qui porterait l'enfant qui est visée, de même que l'enfant objet d'une tractation juridico-médicale.

qui constituait la trame d'avis antérieurs. Le CCNE a tranché pour le respect de la dignité (« indémontrable, indérogeable et indiscutable et qui a valeur constitutionnelle »), contre les libertés individuelles. On peut juger diversement de la performance du CCNE, et de son empiètement sur le terrain du droit⁶⁰.

III. Des arguments qui ne pèsent pas (si) lourd

J'aimerais suggérer ici que la ou les conceptions de la personne dont le CCNE fait usage en bioéthique sont d'une pertinence assez faible lorsqu'il s'agit de faire l'analyse critique de deux évolutions sociétales qui concernent directement la pratique médicale quotidienne⁶¹.

On souligne fréquemment l'ancrage de la notion de « dignité de la personne » dans la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948. L'article premier affirme que chaque vie humaine a une valeur propre, équivalente en dignité et en droits à celle de toute autre vie⁶². Contre les critères de races ou d'ethnies, et contre le système nazi convaincu que toute vie humaine n'est pas porteuse d'une dignité propre, l'article trois énonce que « Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne ». Alain Brossat interprète cet article de la manière suivante : il adopte la personne humaine comme « unité de compte de la valeur proclamée de la vie humaine »⁶³. Cet ancrage de la dignité dans le texte de 1948 rendrait « indistinctes deux traditions [...] hétérogènes » à propos de la dignité : « celle du droit romain qui lie la dignité à la condition sociale, et celle du droit naturel qui [...] fonde le

60 Certaines critiques sont sévères : Philippe DESCAMPS, « Misères du débat institutionnel : l'exemple du clonage reproductif humain et de son traitement éthique par le CCNE », *Revue de Métaphysique et de Morale*, n° 67, 2010 / 3, p. 211-223 ; Nicolas AUMONIER, « Existe-t-il une oblitération institutionnelle des raisons disponibles ? », *Revue de Métaphysique et de Morale*, n° 67, 2010 / 3, p. 355-370.

61 À leur manière, les avis sur les soins en prison, les impératifs sécuritaires de la biométrie, ou encore les contraintes budgétaires hospitalières, marquaient déjà une certaine impuissance de la rhétorique éthique sur la personne par rapport aux enjeux politiques et financiers.

62 Article I de la DUDH de 1948 : « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité ».

63 Alain BROSSAT, *Droit à la vie ?*, Paris, Éditions du Seuil, 2010.

droit [...] sur le simple fait de naître»⁶⁴. Le mixage de ces deux traditions forge un lien puissant entre «la promotion du citoyen» (ses droits politiques et juridiques) et «la promotion et l'immunisation du vivant». Brossat situe ainsi dans la Déclaration universelle des droits de l'Homme un des moments clés par quoi s'installe une bio-politique au sens littéral (le vivant au cœur de la politique).

L'installation de la vie comme simple fait biologique au cœur de la politique rend compte d'une inflexion hygiéniste de la biopolitique contemporaine. Olivier Cayla remarque que le concept de dignité, en «pleine inflation fétichiste dans le vocabulaire juridique contemporain»⁶⁵, offre des moyens pour «l'autosurveillance et l'autocontrôle dans les rapports que le sujet entretient avec lui-même». La médecine dès lors jouera un rôle éminent. L'évidence du droit à la vie rend compte de la promotion d'une surveillance étatique médicalisée, qui se traduit notamment par d'ardentes incitations aux changements de comportement, alimentaire et sexuel notamment⁶⁶. L'humain est un matériau qu'on entretient, améliore, répare, surveille⁶⁷ : le droit à la vie au nom de la dignité s'est retourné en devoir de mener une vie digne. Mais c'est l'homme responsabilisé et autonome qui réclame qu'on s'occupe de lui, plutôt que de cultiver ses propres penchants. On est loin de l'émancipation de l'*Aufklärung*, mais Kant avertissait déjà que la sortie de l'état de minorité pouvait être empêchée par la tutelle bienveillante des médecins⁶⁸. La médecine est de plus en plus coercitive par rapport aux libertés⁶⁹. Le droit à la vie est une vie sous soins continus, pas une vie de liberté et d'émancipation. Insister sur le droit de la personne à la vie, c'est corrélativement ne pas faire porter l'accent sur le droit de

64 *Ibid*, p. 11.

65 O. CAYLA, *op. cit.*, p. 51.

66 Jean-Christophe WEBER, «La médecine comme outil de normalisation sociale du citoyen», in: Euro-Cos, Humanisme et Santé (éd.), *Normes et procédures ; la santé entre menaces et opportunités*, Paris, Éditions de santé, 2006, p. 133-139.

67 «Faites un test VIH avant d'abandonner le préservatif, portez un masque si vous êtes enrhumés, ne buvez aucun verre d'alcool pendant la grossesse, mangez cinq fruits et légumes par jour, etc.»

68 Emmanuel KANT, *Qu'est-ce que les Lumières?*, Paris, Hatier, 2007.

69 Voir Petr SKRABANEK, *La fin de la médecine à visage humain*, Paris, Odile Jacob, 1995, p. 149.

vivre, duquel découlerait une priorité accordée à l'aménagement des conditions sociales et politiques de l'existence.

On pourrait presque croire le contraire, du fait d'une tendance apparemment opposée. Mais les conséquences sont voisines, et affaiblissent aussi la portée de la Déclaration de 1948. En effet, si d'un côté la personne est rabattue sur la vie nue⁷⁰, de l'autre elle commet un voisinage compromettant avec l'individu idéal de la modernité, libre, responsable et autonome. Bien sûr ce rapprochement intéresse les économistes, qui de leur côté construisent aussi un individu lesté d'exigences morales⁷¹. Réaliser l'homme comme individu, c'est le résultat de la promotion du « moi » : la conséquence funeste annoncée en 1948 par Lacan n'est rien de moins que la séparation d'avec son âme⁷². Or, c'est Robert Castel qui le souligne, on peut facilement glisser de la promotion à « l'injonction d'être un individu »⁷³, ce qui fait peser une contrainte exorbitante au regard de l'expérience concrète de beaucoup d'entre nous. D'un autre côté, les sociologues de l'univers gestionnaire constatent qu'« entre la logique du profit et le respect des personnes, les armes ne sont pas égales⁷⁴ ». La gestion de soi (mieux piloter et savoir organiser sa vie, devenir soi-même, gagner en efficacité) est un impératif, pour lequel on vient aussi consulter le médecin, duquel on attend des solutions, ou des recettes.

70 Selon l'usage proposé par Giorgio AGAMBEN, *Homo Sacer I. Le pouvoir souverain et la vie nue*, Paris, Éditions du Seuil, coll. L'ordre philosophique, 1997.

71 Luc BOLTANSKI & Laurent THEVENOT, *De la justification*, Paris, Gallimard, 1991, p. 42.

72 Jacques LACAN, « L'agressivité en psychanalyse », in : *Écrits*, Paris, 1966, p. 101-124. La phrase complète, p. 122, est la suivante : « Communauté immense (la société), à la limite entre l'anarchie "démocratique" des passions et leur nivellement désespéré par le "grand frelon ailé" de la tyrannie narcissique, – il est clair que la promotion du *moi* dans notre existence aboutit, conformément à la conception utilitariste de l'homme qui la seconde, à réaliser toujours plus avant l'homme comme individu, c'est-à-dire dans un isolement de l'âme toujours plus parent de sa dérégulation originelle ».

73 Robert CASTEL, *La montée des incertitudes ; travail, protections, statut de l'individu*, Paris, Éditions du Seuil, 2009, p. 268.

74 Vincent DE GAULEJAC, *La société malade de la gestion ; idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Éditions du Seuil, 2005.

Les auteurs de l'ouvrage *La France invisible*⁷⁵ donnent à voir les nombreuses figures qui manquent à atteindre le modèle moral et républicain de la respectabilité personnelle. Ce modèle, qui énonce que «l'individu est pleinement libre s'il est rationnel et maître de ses émotions et de ses affects», produit la discrimination négative de tous ceux qui n'y parviennent pas, et qui sont dès lors supposés soumis aux caprices de leur biologie, de leurs instincts, de leur sexe. Là encore, le médecin est aux premières loges pour rencontrer cette France invisible : accidentés du travail, relégués des banlieues, délocalisés, discriminés, homosexuels dissimulés, drogués, enfermés, *borderline*, expulsables, gens du voyage, clochards, habitants de taudis, handicapés, chômeurs, travailleurs précaires, prostituées, "RMistes"... L'habitus médical risque d'être perméable au modèle valorisé et d'incorporer insensiblement une distinction entre personnes et non-personnes parmi les êtres parlants. Dans certains pays, cette ségrégation inavouée est supposée éclairer la question des soins «futiles», expression dont le ressort ultime est financier : des soins «futiles» engagent des dépenses illégitimes pour la collectivité. La philosophe britannique Mary Warnock encourageait naguère les personnes souffrant de démence au suicide civique⁷⁶. Est signalée, en France aussi, l'apparition du concept de «non-personne» dont le prototype est le patient dément et grabataire qui ne communique plus⁷⁷. La non-personne peut être écartée de la vie sans dommage moral⁷⁸. Si c'est au statut de personne que s'attache la reconnaissance d'un respect, d'une dignité, et si pour être reconnu comme une personne il faut démontrer certaines qualités, alors certains êtres humains seront gravement dévalorisés. On ne peut manquer de rappeler les mots de

75 Stéphane BEAUD, Joseph CONFAYREUX & Jade LINDGARD (éds), *La France invisible*, Paris, La Découverte, 2006.

76 *Telegraph*, 19 September 2008 : «Lady Warnock said: "If you're demented, you're wasting people's lives – your family's lives – and you're wasting the resources of the National Health Service."» Voir un commentaire dans Dominique PREDALI & Jacques SOUBEYRAND, *Douze gériatres en colère ; où il est question de la mondialisation de la maltraitance des vieux*, Paris, Fayard, 2009.

77 Julie HOURNAU-BLANC, Caroline LAMOTTE & Pierre HAOND, «Le patient grabataire non communiquant dans l'évolution finale d'une démence : réflexion sur la notion de "personne"», *Éthique et santé*, 3, 2004, p. 82-87.

78 D. PREDALI & J. SOUBEYRAND, *op. cit.*

Heidegger dans la *Lettre sur l'humanisme*⁷⁹ : c'est justement le fait de « caractériser quelque chose comme valeur qui dépouille de sa dignité ce qui est ainsi valorisé ». Il se pourrait que les incantations contemporaines du côté de la personne ne soient qu'un paravent qui dissimule (mal) la dégradation organisée des possibilités de vivre des plus faibles. Comme le disait Lacan, les activités dites philanthropiques cachent des ressorts agressifs⁸⁰.

Le modèle de l'individu responsable et autonome est aussi un des soubassements de la multiplication de droits de la personne en tant qu'usager contractuel des services de santé, droits qui tendent à fonder sur une toute nouvelle base le devoir de prise en charge par le médecin des intérêts du malade. Ce devoir était jusque là indissociable de la plus longue tradition professionnelle. Il n'est pas certain que l'information du malade soit meilleure (au sens de plus « loyale », plus « claire » et mieux « appropriée », selon les termes du code de déontologie⁸¹) si sa nécessité repose sur le droit de la personne dans le cadre d'une « démocratie sanitaire », d'autant que cette démocratie, en important dans ses institutions la logique de l'économie libérale et le gouvernement statistique, transfigure les sujets moraux en simples coordonnées dans des tableaux de bord qui enregistrent leurs performances⁸². Le respect des droits des personnes à l'hôpital risque fort d'être évalué principalement par des évolutions d'indices, comme celui du taux de réclamations enregistrées. La possibilité de se rendre compte et de rendre compte de ce qui fait agir un individu, par le langage notamment, semble compromise, au profit de traces qui ne peuvent être contestées puisque ce sont les acteurs eux-mêmes qui les produisent⁸³.

Ainsi il faut faire le constat que la mise en exergue de la personne digne et/ ou libre dans les discours politiques et moraux est corrélative

79 Martin HEIDEGGER, *Lettre sur l'humanisme*, Paris, Aubier, 1966, p. 129.

80 J. LACAN, « L'agressivité en psychanalyse », éd. cit., p. 107.

81 Article R.4127-35 du Code de la santé publique : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension ».

82 Thomas BERNIS & Antoinette ROUVROY, « Le nouveau pouvoir statistique », *Multitudes*, 40, printemps 2010, p. 88-103.

83 Th. BERNIS, *op. cit.*

d'un décalage croissant de ces nobles déclarations avec les pratiques réelles de la santé publique: les injonctions hygiénistes à la gestion de soi, l'organisation managériale des services de santé, les obstacles à l'accès aux soins, la construction de la figure d'un usager consommateur d'un service contractualisé, sont des tendances qui prescrivent un certain idéal comme norme⁸⁴ et qui rejettent dans les marges ceux qui peinent à s'y inscrire. Le « mélange des genres » opéré par la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948, à laquelle se réfèrent les discours moraux sur la personne, n'est pas seulement source de confusion, il a aussi des conséquences qui peuvent à bien des égards être en contradiction avec l'intuition initiale.

IV. Retour à la pratique quotidienne de la médecine

L'accroissement des droits du malade a pu être considéré positivement, comme la recherche d'un équilibre juridique par rapport à une relation asymétrique qui fait la part belle au pouvoir médical. Mais considérons la pratique quotidienne: « ce n'est pas une personne juridique qui adresse une demande au médecin, c'est une personne qui se sent malade »⁸⁵. Et le problème pratique du médecin, c'est de savoir ce qu'il va faire, qui débordé du domaine de la connaissance théorique de ce qu'il faut faire. La règle morale dira qu'il faut respecter la dignité de la personne, mais ne dira pas comment s'occuper d'elle quand elle en a besoin.

Notre conception de la pratique médicale est que la dimension éthique lui est inhérente: ainsi on ne distinguera pas un devoir pratique exempt de connotation morale, ni un devoir moral qui se tiendrait à distance d'une action⁸⁶. Devoir s'entend donc ici dans un sens épais⁸⁷

84 Sur l'idéal comme norme prescrite, voir Marie-Anne DUJARIER, *L'idéal au travail*, Paris, P.U.F., 2008.

85 Pierre LIVET, « Interactivité et reconnaissance de la singularité: les variétés du consentement », in: J.-P. CAVERNI & R. GORI (éds), *Le consentement...*, éd. cit., p.56.

86 Sur le sens du mot « devoir », voir Elizabeth ANSCOMBE, *L'intention*, Paris, Gallimard, 2002, § 35. Elle commente les syllogismes pratiques d'Aristote dans *l'Éthique à Nicomaque*, et propose d'entendre « devoir » dans le registre du raisonnement pratique.

87 Nous empruntons à Putnam ce terme « épais » qu'il utilise dans l'expression de « concept épais » développée dans un autre contexte mais qui nous semble

(obligation morale et obligation pratique) parce que faits descriptifs et valeur morale ne sont guère dissociables dans une pratique qui est ordonnée à être bienfaisant envers autrui, en mettant en œuvre un savoir et des techniques. Dans l'exercice concret de la médecine, la question éthique est avant toutes choses celle «qui se rattache à l'interrogation d'un acteur: que dois-je faire, en définitive et tout bien considéré, pour agir au mieux?»⁸⁸ Et comme on reconnaît depuis l'Antiquité le bon médecin par son pouvoir de juger ce qui convient à chaque cas particulier⁸⁹, ce qui doit nous intéresser prioritairement pour l'éthique, c'est comment se forme un jugement pratique. Le reste⁹⁰ pourrait relever de ce que Nietzsche épinglait comme «fausse monnaie en morale», c'est-à-dire «prétendre savoir ce que sont "le bien et le mal", pourquoi l'homme existe, connaître sa fin, sa destination»⁹¹; j'ajoute ici: prétendre savoir ce qu'est la personne et sa dignité.

Ce qu'accomplit le clinicien, c'est une action qui trouve sa concrétisation dans une visée propre au cas particulier⁹². Cette visée est déterminée par le jugement clinique, jugement pratique du sujet pratique, décision qui unit pensée et désir⁹³. Selon les mots de Kant, «le jugement [est un don particulier qui] ne peut pas du tout être appris mais

analogue avec notre propos (Hilary PUTNAM, *Fait/ valeur: la fin d'un dogme et autres essais*, Paris/ Tel-Aviv, Éditions de l'Éclat, 2004).

88 Vincent DESCOMBES, *Le raisonnement de l'ours et autres essais de philosophie pratique*, Paris, Éditions du Seuil, 2007, p. 412.

89 On peut se référer par exemple au dialogue *Le Politique* de Platon, ou à *l'Éthique à Nicomaque* d'Aristote.

90 Ce que nous appelons «reste» est devenu l'essentiel de la bioéthique, l'éthique clinique en est le parent pauvre.

91 Friedrich NIETZSCHE, *La volonté de puissance*, vol. I, Paris, Gallimard, coll. Tel, 1995, § 236.

92 Gilles VOYER (*Qu'est-ce que l'éthique clinique?*, Saint-Laurent, Fides, 1996) propose une élaboration philosophique de l'éthique clinique appuyée sur Aristote. Il établit un parallèle convaincant entre le *phronimos* (l'homme prudent ou avisé) et le clinicien prudent: dans les deux cas, ce qui est en question est une pratique, une manière d'agir.

93 Par là on est proche, me semble-t-il, d'un passage de *l'Éthique à Nicomaque* (VI, 2, 1139b4-5) où Aristote unit intellection délibérative (quant aux moyens) et désir (des fins) (J. Tricot traduit par «intellect désirant ou désir raisonnant»; R. Bodéüs propose «intelligence désidérative ou désir intellectif»). L'emploi qu'en fait Anscombe suggère cette lecture (E. ANSCOMBE, *L'intention*, § 33-52, Paris, Gallimard, 2002).

seulement exercé» et «au manque de quoi aucun enseignement ne peut suppléer»⁹⁴. Par contraste avec la bioéthique orientée vers la résolution de problèmes, de conflits, de controverses, l'accent n'est pas mis sur ce qui est permis par rapport à des principes, mais sur le préférable par rapport à un cas particulier. Ce qui est visé est un accord, non pas au sens d'un contrat qui résulterait d'un acquiescement volontaire à une proposition raisonnée, mais au sens d'une construction commune, à laquelle la formalité du consentement n'ajoute rien de fondamental. Viser la normativité propre au cas⁹⁵ et forger un jugement pratique rendent l'écoute, l'échange et la responsabilité davantage nécessaires que des théories sur la dignité de la personne⁹⁶.

C'est la contingence du particulier qui fait obstacle à la possibilité de déduire une maxime pour la situation à partir des principes généraux : domaine de la faculté de juger⁹⁷. Kant est ici mis à contribution, mais pas pour fonder – comme c'est l'usage courant – le principe de respect de l'autonomie du malade en tant que personne sur l'impératif catégorique. Kant n'a pas dit d'appliquer au cas particulier une loi universelle en ayant décrété qu'il tombait sous sa juridiction⁹⁸. Si l'impératif catégorique nous est ici utile, c'est pour rappeler qu'il énonce d'agir de telle sorte que la maxime de l'action particulière puisse être voulue en même temps comme une loi universelle⁹⁹. Nous en déduisons que l'impératif (pratique, c'est-à-dire à la fois technique et moral) pour le médecin est de

94 E. KANT, *Critique de la raison pure*, trad. fr. A. Tremesaygues et B. Pacaud, Paris, P.U.F., coll. Quadrige, 2008, p. 148.

95 Selon les mots de Canguilhem, «L'homme normal, c'est l'homme normatif, l'être capable d'instituer de nouvelles normes, même organiques» (Georges CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, Paris, P.U.F., coll. Quadrige, 1993, p. 87).

96 Il s'agit de donner un contenu concret à ce que Levinas donne à entendre dans un entretien avec Emmanuel Hirsch : en quoi et comment m'oblige «l'unique en son genre» (E. HIRSCH, *Médecine et éthique*, Paris, Le Cerf, 1990, p. 40-45).

97 E. KANT, *Critique de la faculté de juger*, § 76, Paris, J. Vrin, 1984.

98 Au contraire, il se sert de l'exemple du médecin qui peut «avoir dans la tête beaucoup de belles règles de pathologie» et «pourtant se tromper facilement dans l'application de ces règles». S'il voit bien le général en théorie, le manque de jugement fait qu'il peut être incapable de voir si un cas particulier y est maintenu concrètement (E. KANT, *Critique de la raison pure*, éd. cit., p. 149).

99 E. KANT, *Fondement de la métaphysique des mœurs*, Paris, Nathan, 2004, p. 59.

mettre en œuvre cette maxime : « traite le cas comme il apparaît, toujours comme une multiplicité contingente qui requiert la faculté de juger ». Car pour le praticien, la plus parfaite connaissance des sciences, de la loi et de la morale, ne confère pas pour autant l'habileté de faire qui est requis dans la situation. C'est le domaine de l'art¹⁰⁰, de la *technê* qu'est la médecine, et le champ d'exercice de la faculté de juger réfléchissante. Le savoir-faire ajusté au cas est un savoir-y-faire, une sorte d'« esthétisation du savoir », entre pratique et théorie, un tact, ont dit, après Kant, Michel de Certeau ou Jean-Paul Resweber¹⁰¹.

Peut-on alors fonder l'éthique médicale? Sentence de Wittgenstein : « prêcher la morale est difficile, la fonder est impossible »¹⁰². Si on ne peut la fonder, il importe tout de même de pouvoir dire quelle est l'éthique dont nous avons besoin. Étant admis qu'il est délicat d'être un bon médecin, tout ce qui est pratiquement nécessaire à l'exercice médical se trouve par là même aussi bien justifié qu'il est nécessaire¹⁰³. Nous avons défendu en son temps l'idée que la fin de la médecine n'était pas la santé, mais la personne. La notion nous apparaissait alors susceptible d'offrir des possibilités de résister à la tentation utilitariste. Mais nous devons reconnaître que « la médecine de la personne est alors aussi une notion floue, car la globalité de la personne est illusoire »¹⁰⁴. Au terme de notre parcours il semble que la notion de personne n'est pas « nécessaire » à la pratique médicale, laquelle est ancrée dans une modalité spécifique de réponse à la demande d'un être / corps parlant.

100 E. KANT, *Critique de la faculté de juger*, § 43, éd. cit. Ce qui relève de la science est ce à quoi peut s'appliquer la formule : « quand on le sait, on le peut » (« wenn man es weiß, so kann man es »).

101 Michel DE CERTEAU, *L'invention du quotidien*, vol. I : *Les arts de faire*, Paris, Gallimard, coll. Folio, 2005, p. 110 ; Jean-Paul RESWEBER, « Le soin : affaire de *technê* et de tact », in : J.-P. RESWEBER (éd.), *Les gestes de soin*, Strasbourg, Éditions du Portique, coll. Cahiers du Portique, 2003, p. 85-103.

102 Citée et commentée par Vincent DESCOMBES, « Que peut-on demander à la philosophie morale? », in : V. DESCOMBES, *op. cit.*, p. 411.

103 Je m'inspire ici de Vincent DESCOMBES, « Note wittgensteinienne sur les acceptions multiples du nécessaire », in : V. DESCOMBES, *op. cit.*, p. 435.

104 Jean-Christophe WEBER, « Y a-t-il une essence de la médecine? », *Revue de Médecine interne*, 19, 1998, p. 924-927.

Bibliographie

- AGAMBEN Giorgio, *Homo Sacer I. Le pouvoir souverain et la vie nue*, trad. fr. Marilène Raiola, Paris, Éditions du Seuil, coll. L'ordre philosophique, 1997.
- ANSCOMBE Elizabeth, *L'intention*, trad. fr. Matthieu Maurice et Cyrille Michon, Paris, Gallimard, 2002.
- ARENDT Hannah, *Responsabilité et jugement*, trad. fr. Jean-Luc Fidel, Paris, Payot et Rivages, coll. Petite Bibliothèque Payot, 2009.
- ARISTOTE, *Éthique à Nicomaque*, trad. fr. Jules Tricot, Paris, J. Vrin, 2007.
- AUMONIER Nicolas, «Existe-t-il une oblitération institutionnelle des raisons disponibles?», *Revue de Métaphysique et de Morale*, n° 67, 2010/ 3, p. 355-370.
- BAUD Jean-Pierre, *L'affaire de la main volée. Une histoire juridique du corps*, Paris, Éditions du Seuil, 1993.
- BEAUCHAMP Tom L. & CHILDRESS James F., *Les principes de l'éthique biomédicale*, Paris, Les Belles Lettres, 2008.
- BEAUD Stéphane, CONFAVREUX Joseph & LINDGARD Jade (éds), *La France invisible*, Paris, La Découverte, 2006.
- BERNS Thomas & ROUVROY Antoinette, «Le nouveau pouvoir statistique», *Multitudes*, 40, printemps 2010, p. 88-103.
- BOLTANSKI Luc & THEVENOT Laurent, *De la justification*, Paris, Gallimard, 1991.
- BOLTANSKI Luc, *La condition fœtale, une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard, 2004.
- BROSSAT Alain, *Droit à la vie?*, Paris, Éditions du Seuil, 2010.
- BRUNSWIC Henri & PIERSON Michel (éds), *Initiation à l'éthique médicale*, Préface de Jean-François Mattei, Paris, Vuibert, 2002.
- CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France, coll. Quadrige, 1993.
- CANTO-SPERBER Monique (éd.), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, 2 tomes, Paris, Presses universitaires de France, coll. Quadrige, 2004.
- CASTEL Robert, *La montée des incertitudes; travail, protections, statut de l'individu*, Paris, Éditions du Seuil, 2009.
- CAVERNI Jean-Paul & GORI Roland (éds), *Le consentement. Droit nouveau du patient ou imposture?*, Paris, In Press Editions, 2005.
- CAYLA Olivier, «Le droit de se plaindre», in: CAYLA Olivier & THOMAS Yan, *Du droit de ne pas naître; à propos de l'affaire Perruche*, Paris, Gallimard/ Le Débat, 2002, p. 47-57.

- CERTEAU Michel DE, *L'invention du quotidien*, vol. I: *Les arts de faire*, Paris, Gallimard, coll. Folio, 2005.
- DESCAMPS Philippe, «Misères du débat institutionnel: l'exemple du clonage reproductif humain et de son traitement éthique par le CCNE», *Revue de Métaphysique et de Morale*, n° 67, 2010/ 3, p. 211-223.
- DESCOMBES Vincent, *Le complément de sujet. Enquête sur le fait d'agir de soi-même*, Paris, Gallimard, 2004.
- DESCOMBES Vincent, *Le raisonnement de l'ours et autres essais de philosophie pratique*, Paris, Éditions du Seuil, 2007.
- DUJARIER Marie-Anne, *L'idéal au travail*, Paris, Presses universitaires de France, 2008.
- EDELMAN Bernard, *Ni chose ni personne. Le corps humain en question*, Paris, Hermann, 2009.
- ENGELHARDT Hugh Tristram Jr., *The Foundations of Bioethics*, New-York/ Oxford, Oxford University Press, 2^e éd., 1996.
- FAGOT-LARGEAULT Anne, *Médecine et philosophie*, Paris, Presses universitaires de France, 2010.
- FREUD Sigmund, «Une difficulté de la psychanalyse», in: *Œuvres Complètes*, vol. XV (1916-1920), Paris, Presses universitaires de France, 2006, p. 41-51.
- GAULEJAC Vincent DE, *La société malade de la gestion; idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Éditions du Seuil, 2005.
- GOFFI Jean-Yves, «Avortement», in: CANTO-SPERBER Monique (éd.), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, t. 1, Paris, Presses universitaires de France, coll. Quadrige, 2004, p. 153.
- HEIDEGGER Martin, *Lettre sur l'humanisme*, trad. fr. Roger Munier, Paris, Aubier, 1966.
- HENNETTE-VAUCHEZ Stéphanie, *Disposer de soi? Une analyse du discours juridique sur les droits de la personne sur son corps*, Paris, L'Harmattan, 2004.
- HIRSCH Emmanuel, *Médecine et éthique*, Paris, Le Cerf, 1990.
- HOBBS Thomas, *Léviathan*, trad. fr. François Tricaud, Paris, Sirey, 1971.
- HOURLAU-BLANC Julie, LAMOTTE Caroline & HAOND Pierre, «Le patient grabataire non communiquant dans l'évolution finale d'une démence: réflexion sur la notion de "personne"», *Éthique et santé*, 3, 2004, p. 82-87.

- HOUSSET Emmanuel, *La vocation de la personne. L'histoire du concept de personne de sa naissance augustinienne à sa redécouverte phénoménologique*, Paris, Presses universitaires de France, 2007.
- KANT Emmanuel, *Qu'est-ce que les Lumières?*, trad. fr. Jean-Michel Muglioni, Paris, Hatier, 2007.
- KANT Emmanuel, *Critique de la raison pure*, trad. fr. A. Tremesaygues et B. Pacaud, Paris, Presses universitaires de France, coll. Quadrige, 2008.
- KANT Emmanuel, *Fondement de la métaphysique des mœurs*, trad. fr. Victor Delbos, Paris, Nathan, 2004.
- KANT Emmanuel, *Critique de la faculté de juger*, trad. fr. Alexis Philonenko, Paris, J. Vrin, 1984.
- KHUSHF Georges, «The aesthetics of clinical judgment: exploring the link between diagnostic elegance and effective resource utilization», *Medicine Health Care and Philosophy*, 2, 1999, p. 141-159.
- LACAN Jacques, «L'agressivité en psychanalyse», in: *Écrits*, Paris, 1966, p. 101-124.
- LECOURT Dominique (éd.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses universitaires de France, coll. Quadrige, 2004.
- LE GAUFEY Guy, *Anatomie de la troisième personne*, Paris, Epel, 1999.
- LIOTTA David, «Deux dévalorisations récentes du consentement», in: CAVERNI Jean-Paul & GORI Roland (éds), *Le consentement. Droit nouveau du patient ou imposture?*, Paris, In Press Editions, 2005, p. 71-83.
- LIVET Pierre, «Interactivité et reconnaissance de la singularité: les variétés du consentement», in: CAVERNI Jean-Paul & GORI Roland (éds), *Le consentement. Droit nouveau du patient ou imposture?*, Paris, In Press Editions, 2005, p. 49-69.
- LLORCA Guy (éd.), *Guide pratique de la décision médicale; l'éthique en clinique*, Paris, Med-line éditions, 2004.
- LOCKE John, *Identité et différence (An Essay concerning Human Understanding, II, xxvii, Of Identity and Diversity)*. *L'invention de la conscience*, présenté, traduit et commenté par Étienne Balibar, Paris, Éditions du Seuil, 1998.
- MEMMI Dominique, *Les gardiens du corps. Dix ans de magistère bioéthique*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1996.
- METAYER Michel, *La philosophie éthique; enjeux et débats actuels*, Québec, Éditions du Renouveau Pédagogique, 1997.
- MILNER Jean-Claude, *Pour une politique des êtres parlants*, Lagrasse, Verdier, 2011.

- MINO Jean-Christophe, « D'un système de maladie à un système de santé: les enjeux contemporains des transformations de la médecine », in: ZITTOUN Robert & DUPONT Bernard-Marie (éds), *Penser la médecine, essais philosophiques*, Paris, Ellipses, 2002, p. 257-267.
- NIETZSCHE Friedrich, *Par delà bien et mal*, trad. fr. J. Gratién, C. Heim et I. Hildenbrand, Paris, Gallimard, 1971.
- NIETZSCHE Friedrich, *La volonté de puissance*, vol. I, trad. fr. Geneviève Bianquis, Paris, Gallimard, coll. Tel, 1995.
- PREDALI Dominique & SOUBEYRAND Jacques, *Douze géiatres en colère; où il est question de la mondialisation de la maltraitance des vieux*, Paris, Fayard, 2009.
- PLATON, *Le Politique*, prés., trad. fr. et notes par Jean-François Pradeau et Luc Brisson, Paris, Garnier-Flammarion, 2003.
- PUTNAM Hilary, *Fait/ valeur: la fin d'un dogme et autres essais*, Paris / Tel-Aviv, Éditions de l'Éclat, 2004.
- RESWEBER Jean-Paul (éd.), *Les gestes de soin*, Strasbourg, Éditions du Portique, coll. Cahiers du Portique, 2003.
- SADIN Éric, *Surveillance globale. Enquête sur les nouvelles formes de contrôle*, Paris, Climats, 2009.
- SKRABANEK Petr, *La fin de la médecine à visage humain*, Paris, Odile Jacob, 1995.
- SUREAU Claude, *Son nom est personne*, Paris, Albin Michel, 2005.
- THEVENOT Xavier, *La Bioéthique*, Paris, Éditions du Centurion, 1989.
- VISIER Laurent (éd.), *Médecine, Maladie, Société: l'éthique médicale*, Montpellier, Sauramps Medical, 2008.
- VOYER Gilles, *Qu'est-ce que l'éthique clinique?*, Saint-Laurent, Fides, 1996.
- WEBER Jean-Christophe, « Y a-t-il une essence de la médecine? », *Revue de Médecine interne*, 19, 1998, p. 924-927.
- WEBER Jean-Christophe, « Évolutions de la relation médecin-malade », in: THIEL Marie-Jo (éd.), *Où va la médecine? Sens des représentations et pratiques médicales*, Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg, 2003, p. 23-38.
- WEBER Jean-Christophe, « La médecine comme outil de normalisation sociale du citoyen », in: Euro-Cos, Humanisme et Santé (éd.), *Normes et procédures; la santé entre menaces et opportunités*, Paris, Éditions de santé, 2006, p. 133-139.
- WEBER Jean-Christophe, « Est-il recevable et acceptable de limiter l'offre de soins? », in: Euro-Cos, Humanisme et Santé (éd.), *De l'accès*

- à l'excès, évolution et ambiguïté de la demande de soins*, Paris, Éditions de santé, 2008, p. 57-64.
- WEBER Jean-Christophe, MEMMI Dominique, RUSTERHOLTZ Thierry & ALLAMEL-RAFFIN Catherine, « Le foeticide, une administration impensable de la mort? », *Sociétés Contemporaines*, n° 75, 2009 / 3, p. 17-35.
- WEBER Jean-Christophe, « Les vœux du patient? », *in*: Euro-Cos, Humanisme et Santé (éd.), *L'hôpital hors les murs*, Paris, Éditions de santé, 2009, p. 73-80.
- WEBER Jean-Christophe, « Traiter quoi, soigner qui? », *Cahiers philosophiques*, n° 125, 2011, p. 7-29.
- ZITTOUN Robert & DUPONT Bernard-Marie (éds), *Penser la médecine, essais philosophiques*, Paris, Ellipses, 2002.