

Ethique de l'autonomie, principe d'autonomie

La question de l'autonomie joue un rôle central en éthique médicale. Par exemple, T. Beauchamp et J. Childress, auteurs d'un des ouvrages de références¹, commencent leur revue des principes par ce qu'ils appellent le « principe d'autonomie », ainsi défini :

« Respecter l'autonomie d'un agent, c'est, au minimum, reconnaître qu'une personne est en droit d'avoir sa façon de voir, de faire ses choix, et de décider d'actions fondées sur ses valeurs et croyances personnelles. »² « Respecter un individu autonome, c'est, au minimum, reconnaître le droit de cette personne à avoir des opinions, à faire des choix et à agir en fonction de ses valeurs et de ses croyances » (= traduction à paraître, je mettrai les références)

La question de l'autonomie ne se limite donc pas au souci de l'autonomie matérielle (appareillages pour personnes handicapées, assistance aux personnes dépendantes, etc.). Elle concerne en premier lieu le respect de la volonté des personnes. Dès lors, le chapitre qu'ils consacrent au principe d'autonomie traite essentiellement du *consentement éclairé*, ce qui nécessite pour le soignant de bien informer, de s'assurer de la bonne compréhension et de la capacité de décider.

Il paraît utile de revenir au fondement de l'autonomie, ce qui permet de montrer que le respect de l'autonomie va bien au-delà de la seule problématique du consentement. Le texte de référence est celui d'Emmanuel Kant, les *Fondements de la métaphysique des mœurs*³. Il date de 1785, mais il n'a jamais été aussi actuel qu'aujourd'hui en éthique médicale. Nous voudrions en tracer les grandes lignes.

Agir par devoir ou agir par intérêt

Kant commence par une première distinction cruciale entre *agir par intérêt* et *agir de façon désintéressée*, c'est-à-dire *par devoir* (Première section, p. 94), ce qu'il appelle aussi *agir par bonne volonté*.

1 Beauchamp (Tom), Childress (James) : *Principles of Biomedical Ethics – Fifth Edition*, Oxford (USA) Oxford Univ. Press, 2001. Traduction française : *Principes d'éthique biomédicale*, Paris, Ed. Les Belles Lettres, 2007.

2 *Ibid.*, part II, chap. 3, p. 63.

3 Kant (Emmanuel) : *Fondements de la métaphysique des mœurs* (1785), Paris, Delagrave, 1973.

Pour lui, il y a deux façons d'agir par intérêt.

La première se focalise sur une finalité hédoniste : *l'agréable*. Elle ne s'interroge pas sur la légitimité de cette finalité, prise comme allant de soi, et ne s'occupe que de la façon de parvenir à satisfaire ce désir. La volonté se focalise sur la question technique du moyen pour obtenir satisfaction. La formule de ce genre d'action sera « Si tu veux ceci, fais cela. » Puisque la formule repose sur une articulation en « si... alors... », Kant parle d'impératif *hypothétique* (Deuxième section, p.124). Un *impératif* est l'expression d'un commandement à la raison (Deuxième section, p.123).

La seconde façon d'agir par intérêt consiste à rechercher le *bonheur*. Kant remarque que toutes les philosophies morales ont confondu la finalité morale avec le bonheur. Or, il ne s'agit là encore à ses yeux que d'un agir par intérêt. Il ne se distingue du précédent qu'en ceci qu'il ressort de la nature humaine : parce que nous sommes des êtres humains, nous désirons naturellement être heureux. Cette finalité a quelque chose d'universel. Toutefois, il ne s'agit pas d'un universel *de droit* mais d'un universel *de fait*. Il ne s'agit donc pas du sens du devoir, mais d'une aspiration humaine. Foncièrement, la formule de l'action est encore celle d'un impératif hypothétique : on ne s'interroge pas sur la finalité, mais sur les moyens d'y parvenir. « Du fait que vous êtes homme, vous désirez le bonheur ; prenez donc tel moyen ».

Kant affirme au contraire qu'une action n'est véritablement morale que lorsqu'elle est faite par pur sentiment du devoir, c'est-à-dire que la volonté est *désintéressée*, et que nous n'agissons que par le sentiment du respect. La finalité n'est plus l'agréable ou le bonheur, mais le *bien*, qui est un *universel de droit*, car il pose en lui sa légitimité morale (il est d'ailleurs la source même de toute légitimité morale).

Autonomie, personne, dignité, humanité

Au cours des *Fondements de la métaphysique des mœurs*, il énonce trois formules qui doivent guider l'action pratique.

La première est assez simple : « Agis comme si la maxime de ton action devait être érigée par ta volonté en loi universelle » (Deuxième section, p.136). Il s'agit d'une injonction, d'un commandement, d'un *impératif* demandant à la volonté qu'elle se règle sur l'universel. Plus précisément, nous devons agir non pas sous l'empire de nos passions ou désirs, mais sous la

direction de la raison, qui est la faculté de l'universel. La raison, en s'exerçant, dicte une loi, une règle à l'action. Voilà pourquoi Kant parle ici d'*autonomie*, puisque *auto-* signifie « soi-même » et *-nomos* la loi, la règle. L'autonomie signifie qu'on se donne à soi-même sa règle de conduite. L'agir éthique n'est pas un agir déréglé, subissant simplement les poussées aléatoires du désir, mais un agir réglé, décidé, délibéré. Cette première formule de l'impératif catégorique est donc un enracinement de l'éthique dans l'exercice de la faculté de raisonner. C'est aussi la définition de la seule véritable liberté possible, celle qui consiste, pour tout individu doté de raison, à décider en conscience de ce qu'il veut, à devenir « auto-nome », créateur de sa propre règle de conduite. La liberté et la moralité s'enracinent ainsi dans la souveraineté de l'individu décidant pour lui-même, de façon majeure. (Kant est celui qui inscrit dans le vocabulaire courant le terme d'*autonomie*, en le reliant à celui de *majeur*, de personne majeure).

Cette première formulation de l'impératif catégorique insiste donc sur l'exigence de s'élever à l'universel comme signe de moralité de l'action.

La seconde formule de l'impératif catégorique est la plus célèbre : « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin et jamais simplement comme un moyen » (Deuxième section, p.150)

Elle établit ce qui est digne de respect, ce qui fonde à la fois la *dignité* et le sens du respect, à savoir l'*humanité*. Cette distinction reprend et approfondit la distinction juridique classique entre les deux statuts de *choses* et de *personnes*, les unes pouvant être achetées, détruites, etc., alors que les autres, les personnes, ont un caractère « sacré ». Une personne n'est pas un simple objet ou un simple outil. Elle ne doit pas être essentiellement instrumentalisée, réduite à un simple statut d'objet. Cela ne signifie pas que nous ne devons pas utiliser autrui, mais que, lorsque ce type de relation se produit, nous ne devons jamais perdre de vue qu'autrui est certes un objet, un moyen, mais aussi et surtout une fin en soi. Ainsi, on ne peut « utiliser » quelqu'un qu'avec son accord librement exprimé (d'où l'exigence de consentement en médecine) et en maintenant les marques du respect dues à toute personne (politesse, écoute, égards etc.).

Pourquoi l'humanité est-elle ainsi « sacrée » et se distingue-t-elle des choses ? La réponse, chez Kant, est explicite : c'est notre *capacité de conscience*, notre faculté de raisonner. On peut à cet égard rapprocher le texte kantien de 1785 de l'article 1 de la *Déclaration Universelle des Droits de l'Homme* de 1948 : « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droit. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un

esprit de fraternité. » Cet article énonce dans sa première phrase la liaison entre humanité, dignité et liberté. Mais on oublie souvent que la seconde phrase apporte la justification de cette affirmation, à savoir le fait que nous sommes frères en conscience et en raison. C'est la capacité de conscience qui fait notre humanité et notre égale dignité.

Les applications pratiques sont multiples dans le domaine médical : éviter de réduire le malade à une maladie, respecter les règles de politesse, tenir compte de l'avis du patient, lui épargner au maximum l'aliénation de la maladie, sans oublier l'impératif fondamental de faire en sorte que son autonomie puisse exister, c'est-à-dire qu'il vive avec toutes ses capacités possibles. On voit ainsi que le respect de l'autonomie comprend la problématique du consentement, mais aussi bien d'autres : celle du respect de la personne dans sa situation particulière, celle de la lutte contre la souffrance causée par la pathologie etc.

La troisième formule de l'impératif catégorique se présente comme une idée qui rassemble les deux formules précédentes : « Idée de la volonté de tout être raisonnable conçue comme une volonté qui institue une législation universelle ». Cette formule signifie deux choses. Premièrement, le fait que je sois un être raisonnable (c'est-à-dire doté de raison) me crée une obligation morale d'agir par devoir, d'exercer ma raison et de suivre ce qu'elle indique. C'est l'affirmation d'un *sujet moral*, d'un « je » éthique. Deuxièmement elle indique aussi *ce que je dois respecter*, à savoir l'*objet moral* par excellence : les êtres dotés de raisons, quels qu'ils soient. On voit donc comment la *raison* crée à la fois une obligation pour soi et indique ce envers quoi je suis obligé : toute conscience, la mienne, celle des autres.

Dignité, autonomie, liberté, respect et éthique puisent donc leur sens dans une référence à la raison.

Ethique de l'autonomie et pratique du soin

L'éthique de Kant est une des sources principales de réflexion sur la prise en compte de l'autonomie dans le cadre du soin ou dans celui de la recherche biomédicale. Si nous revenons au livre de Beauchamp et Childress (*Principles of Biomedical Ethics*), la question essentielle du chapitre 3 est celle d'un changement dans le mode de relation entre médecins et patients. Contre le modèle paternaliste où le médecin décide pour le patient, il s'agit de mieux respecter l'autonomie du patient, c'est-à-dire sa capacité à décider pour et par lui-même. La problématique abordée par les auteurs est celle du *consentement éclairé*. Il s'agit d'abord, à chaque fois que le

patient est capable de décider avec lucidité, de l'associer à la décision et de reconnaître la primauté de son choix. Mais cette problématique se complique assez vite dès qu'on prend conscience que pour que le consentement soit valable il faut qu'il soit « éclairé », c'est-à-dire qu'il résulte d'une bonne compréhension. Or, d'une part il existe le plus souvent une différence de savoir entre soigné et soignant, et d'autre part la pathologie est source de trouble.

Concernant le savoir, la difficulté n'est pas insurmontable. Il est exigé de donner une information compréhensible, « loyale, claire et appropriée » pour reprendre les termes du *Code de Déontologie Médicale* (art. 35). Une règle de bonne pratique consiste à fonder cette communication sur un entretien oral, avec le support d'un document remis au patient si possible. L'échange oral est important, car le patient peut poser des questions, faire répéter ou préciser certains points, etc. C'est aussi grâce à lui que le soignant peut demander au patient de redire avec ses mots ce qu'il a compris et de s'assurer de sa compréhension. En tout état de cause, un consentement éclairé ne peut pas se résumer à apposer une signature sur un formulaire (un tel document n'a d'ailleurs qu'une valeur juridique relative en droit français).

Le second obstacle au consentement éclairé est celui du trouble éventuellement dû à la maladie. Il est ainsi évident que le coma interdit le consentement. Mais la psychose délirante, la confusion mentale, l'affliction, la souffrance, ou la jeunesse sont également d'autres obstacles. De ce fait, lorsqu'aucun consentement n'est possible, on recherche les préférences du patient de façon indirecte, en consultant les proches ou en se référant à ce qu'on peut savoir du patient. Néanmoins, le consentement d'un tiers n'est jamais équivalent au consentement de la personne concernée ; l'indication donnée par le proche ne pourra se prévaloir de la même valeur que l'avis de la personne elle-même et elle devra donc être considérée avec prudence (voir les avis du CCNE sur cette question). De même, lorsque le consentement peut être exprimé mais est troublé, il convient de l'écouter, sans nécessairement en faire la règle de conduite ultime. Par exemple, en pédiatrie, il arrive fréquemment qu'un enfant veuille guérir tout en refusant un traitement douloureux. En lui expliquant les raisons du traitement, en s'efforçant de le convaincre et de l'écouter, de rechercher une solution avec lui, il se peut qu'il continue à refuser le soin. Dans ce cas, on peut passer outre, en jugeant que son refus provient de son immaturité. En général, le souci de l'associer au soins, de lui expliquer, conduit de sa part à une acceptation après-coup du traitement et à des relations humaines satisfaisantes. Tout autre aurait été un passage en force accompli d'emblée : la violence aurait été absolue et arbitraire, alors qu'en respectant le plus possible l'autonomie elle a été située dans sa nécessité médicale et dans le souci de la personne. Dans le même esprit, on peut comprendre que les soignants recourent à la contrainte pour soigner

des addictions. De ce cas, la conscience n'est ni libre ni éclairée, et le but du soin est d'augmenter cette liberté en atténuant la servitude de la dépendance. Le soin, en apparence contraire au respect de l'autonomie, est alors au fond pleinement dans ce souci de l'autonomie.

En fait, bien au-delà de la question du consentement, le respect de l'autonomie concerne tout autant l'*existence d'une conscience* et sa *capacité à être libre*. *Sauver une vie* est en soi un geste de respect de l'autonomie, de préservation d'une autonomie. A cet égard, il peut arriver que deux aspects du respect de l'autonomie entrent en conflit, comme c'est le cas lors d'une demande d'euthanasie par un patient lucide, au traitement antalgique bien adapté, et ayant bien mesuré la portée de sa demande. Ici, la volonté, qui est une composante essentielle de l'autonomie, va à l'encontre de son existence même. C'est une des raisons pour lesquelles la question de l'euthanasie est éthiquement si complexe.

Enfin, on peut noter que le consentement est susceptible de reconduire le modèle du médecin décideur : le médecin décide, le patient consent (ou non). D'autres modèles de relation, plus respectueux de l'autonomie, sont aujourd'hui développés où médecin et patient décident ensemble (modèle de la décision partagée), ou encore où le patient décide du mode de relation, voire du traitement, qu'il souhaite (modèle de la révélation des préférences). Comme on le voit, le respect de l'autonomie, dans le domaine du soin, est encore un champ actif où bien des perspectives peuvent être approfondies.

(*Jérôme Goffette*)