



HAL
open science

Analyse critique du principisme en éthique biomédicale

Eric Delassus

► **To cite this version:**

| Eric Delassus. Analyse critique du principisme en éthique biomédicale. 2017. hal-01486803

HAL Id: hal-01486803

<https://hal.science/hal-01486803>

Submitted on 10 Mar 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Analyse critique du principisme en éthique biomédicale

Éric Delassus

Le principisme est une théorie morale s'inspirant à la fois de l'utilitarisme et du kantisme, c'est-à-dire d'une morale plutôt conséquentialiste – l'utilitarisme – et d'une morale déontologique fondée sur l'intention – le kantisme. Cette synthèse apparemment paradoxale entre une éthique qui considère que la valeur morale de l'action se juge à ses conséquences et une morale qui juge l'action à ses intentions, c'est-à-dire au respect d'un devoir ou d'une obligation fondée en raison, a donné lieu à une doctrine qui à laquelle il est souvent fait référence aujourd'hui en éthique médicale. Celle-ci a été élaborée par Tom Beauchamp et James Childress dans un ouvrage publié pour la première fois aux États-Unis en 1979 et dont la traduction française est parue en 2007 aux éditions *Les Belles Lettres* sous le titre *Les Principes de l'Éthique Biomédicale*.

Cette théorie est constituée de quatre grands principes :

- Autonomie ;
- Non-malfaisance ;
- Bienfaisance ;
- Justice.

Les principes d'autonomie et de justice peuvent être considérés comme étant plutôt d'origine déontologique étant donné que quelles que soient les conséquences de l'acte médical, il est considéré comme étant du devoir du médecin ou du soignant de respecter l'autonomie du patient et de répondre à une certaine exigence de justice dans la manière de prodiguer les soins et les traitements. En revanche, la non-malfaisance et la bienfaisance relèvent plutôt du conséquentialisme dans la mesure où ils invitent à se soucier des effets de l'acte effectué sur la vie et la qualité de vie du patient.

Le choix de ces quatre principes ne repose pas sur une déduction *a priori*, mais plutôt sur l'étude des jugements moraux tels qu'ils sont portés dans des situations concrètes :

Le fait que les quatre groupes de « principes » moraux soient centraux dans l'éthique biomédicale est la conclusion à laquelle nous sommes parvenus en étudiant les jugements moraux bien pesés et la façon dont les convictions morales se coordonnent entre elles¹.

Nous allons donc examiner ces quatre principes et tenter d'en dégager les capacités et les limites, ainsi que les contradictions qui peuvent traverser le principisme dans sa globalité.

¹ Tom L. Beauchamp & James F. Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, Les Belles Lettres, Paris, 2007, p. 30-31.

Le principe d'autonomie

Ce principe s'inspire en grande partie de l'impératif catégorique kantien qui nous oblige à toujours traiter l'humanité, en sa personne, comme en celle d'autrui, jamais simplement comme un moyen, mais toujours également comme une fin. Il s'agit donc de reconnaître en chacun un sujet libre capable de juger et de se déterminer par lui-même. C'est d'ailleurs le sens littéral du mot autonomie dont l'étymologie vient du grec, de *auto* (soi-même) et *nomos* (la loi), l'autonomie désigne la capacité dont dispose un individu d'agir selon des lois qu'il se donne à lui-même. Le respect de l'autonomie du patient réside donc dans le devoir de se conformer au libre choix du patient en s'assurant de son consentement éclairé. Cela suppose donc que ce dernier soit informé afin qu'il dispose de tous les éléments nécessaires pour se déterminer en connaissance de cause sans subir de pressions extérieures. Le consentement éclairé est d'ailleurs ainsi défini par Beauchamp et Childress :

Un consentement éclairé est l'autorisation autonome d'un individu qui accepte une intervention médicale ou qui accepte de participer à la recherche².

On peut cependant s'interroger sur le bien-fondé de l'autonomie supposée du patient. Celle-ci ne repose-t-elle pas, en effet, sur la conception libérale de l'individu, sur le modèle de l'*homo-œconomicus* déplacé dans le domaine de la médecine et du soin, c'est-à-dire d'un individu étant toujours en mesure de calculer rationnellement ce qui va dans le sens de son intérêt. Considérer l'autonomie comme une donnée fondamentale de l'être humain, n'est-ce pas occulter cette autre dimension de la condition humaine qu'est la vulnérabilité, dimension qui a été mise en lumière par les éthiques du *care* et qui repose sur notre condition d'être dépendant et déterminé.

En effet si l'on envisage les situations auxquelles peut se trouver confronter le soignant de manière abstraite, le principe peut sembler recevable. Néanmoins, si l'on tient compte des déterminations dont le malade peut faire l'objet, son application peut sembler plus difficile. L'autonomie n'est pas un fait, mais un horizon à atteindre, un projet à construire avec le patient. Il ne suffit pas que le patient soit autonome pour qu'il le soit réellement et concrètement et il ne suffit pas de lui fournir tous les éléments nécessaires afin d'éclairer sa décision pour qu'il fasse un choix judicieux. Cette difficulté n'échappe pas d'ailleurs à Beauchamp et Childress qui écrivent :

Notre but est de construire une conception du respect de l'autonomie qui ne soit pas excessivement individualiste (négligeant la nature sociale des individus et l'impact des choix

² *Ibid.* p. 91-92.

des actions individuelles sur autrui), qui ne repose pas sur la raison de façon excessive (négligeant les émotions), et qui ne soit pas trop légaliste (soulignant les droits légaux et minimisant les pratiques sociales)³.

Mais si Beauchamp et Childress ont bien conscience des limites de l'autonomie humaine, ils ne les perçoivent que dans certaines conditions particulières pour lesquelles il serait nécessaire de faire appel à ce qu'il nomme un « décideur de substitution », c'est-à-dire à ce qui correspondrait dans le contexte français à la personne de confiance. Il y aurait donc, selon eux, une autonomie foncière de l'être humain qui pourrait se trouver limitée en cas de détresse ou de manipulation par un tiers, mais qui serait constitutive de son humanité.

Penser ainsi l'être humain, n'est-ce pas oublier que ce dernier est toujours en interaction avec son environnement tant sur un plan biologique que culturel et social et que tant qu'il n'a pas pris conscience de ces interactions et des effets qu'elles produisent sur lui, il n'est pas en mesure de véritablement faire preuve d'autonomie. C'est pourquoi, plutôt qu'un fait premier, il est peut-être préférable de considérer l'autonomie comme un horizon vers lequel il faut tendre, mais qui n'est jamais, non plus, totalement atteint.

Le rôle des soignants serait donc alors d'accompagner le patient dans la conquête de l'autonomie en travaillant avec lui sur la perception qu'il a de sa maladie, sur les affects qu'elle produit en lui et les représentations qui leur sont corrélés afin qu'il puisse parvenir à une vision plus lucide de sa situation. Envisagée sous cet angle, l'autonomie ne peut donc se concevoir indépendamment de la dimension pédagogique de la relation de soin en prenant surtout soin de faire en sorte que les mêmes mots signifient les mêmes choses pour le soignant et pour le patient. Ce point est d'ailleurs souligné par Beauchamp et Childress eux-mêmes qui soulignent le hiatus qui peut exister entre le discours médical et la manière dont il est compris par le malade :

Même si le médecin ou le patient utilisent tous les deux des expressions comme accident vasculaire cérébral ou hernie, leurs interprétations des mots seront différentes si les définitions et les conceptions médicales standard n'ont pas de sens pour le patient⁴.

Il est donc nécessaire, en matière de décision principalement, de mieux cerner les motivations du malade et de tenter de pénétrer, autant que faire se peut, son univers représentatif et surtout l'imaginaire qui s'est construit en son esprit autour de la maladie, en établissant avec lui un authentique dialogue. Trop souvent, semble-t-il, les patients orientent leur décision en fonction d'un contenu imaginaire lié à des affects, sentiments ou émotions, sur lesquels ils n'ont pas toujours eu la possibilité de porter auparavant un regard réflexif.

³ *Ibid.*, p. 91.

⁴ *Ibid.*, p. 92.

Beauchamp et Childress évoquent d'ailleurs l'exemple d'une femme qui refusait une opération qui devait la sauver d'un cancer pour la seule raison qu'elle considérait qu'elle n'avait rien puisqu'elle se sentait bien. Cette personne, pauvre et peu instruite, refusait toute intervention suite à un dépistage et les investigations psychologiques et neurologiques ne concluaient à aucun trouble mental majeur pouvant expliquer cette décision qui apparaissaient comme totalement irrationnelle à l'ensemble de l'équipe soignante. C'est en découvrant ses origines géographiques que l'on s'aperçut que cette personne provenait d'une région dans laquelle les préjugés racistes étaient fort tenaces et que le diagnostic du cancer et la nécessité de l'opération lui ayant été annoncé par un médecin noir, cette personne ne pouvait que s'y opposer. Il a suffi ensuite de faire en sorte que le même discours soit tenu par un médecin blanc pour que la perspective de l'opération devienne plus acceptable⁵.

Il est donc permis ici de se s'interroger sur le degré d'autonomie de cette personne et sur la valeur de ses décisions, car même si la seconde décision paraît plus rationnelle à nos yeux, les motifs qui ont conduit à faire ce choix semblent tout aussi absurdes que ceux qui avaient initialement entraîné un refus.

Accompagner un patient et le conduire sur le chemin de l'autonomie ne relève pas de la manipulation psychologique et ne doit pas non plus relever de la sophistique, cela devrait passer avant-tout par une prise de conscience par le patient de toutes les déterminations qui agissent sur lui. Une telle démarche n'est malheureusement pas toujours possible et de nombreux obstacles viennent souvent s'opposer à ce processus d'accompagnement. L'urgence tout d'abord, qui ne permet pas de prendre le temps nécessaire pour la conquête de l'autonomie, les obstacles psychologiques, culturels ou intellectuels qui font que souvent le patient peut difficilement être sensible à un discours qui s'efforce de dépasser le préjugé et l'opinion. Le problème éthique que pose le principe d'autonomie est donc de parvenir à sortir de la contradiction qui oppose la nécessité d'informer le patient pour éclairer sa décision à son incapacité à comprendre le véritable sens du discours qui lui est tenu. Soit, on estime qu'une fois le patient informé, qu'il est compris ou non le discours qui lui a été tenu, qu'il soit ou non inhibé par des blocages d'ordre psychologique ou intellectuel pour prendre sa décision, le nécessaire a été fait, la décision lui revient, même si l'on se doute qu'elle n'est autonome que formellement. Soit, on prend conscience des limites de l'autonomie du patient et l'on se sent impuissant pour l'accompagner vers une décision qui lui soit réellement favorable. On peut

⁵ *Ibid.*, p. 148-149.

donc se trouver confronté ici à une sorte de conflit entre le principe d'autonomie et ces deux autres principes que sont la non-malfaisance et la bienfaisance. Comment ne pas nuire au patient et agir en vue de son bien tout en respectant son autonomie lorsque ce dernier est avant tout une personne vulnérable dans l'incapacité de décider en pleine connaissance de cause. Peut-être serait-il plus judicieux de concevoir l'accompagnement du malade en posant d'abord, comme donnée fondamentale, la vulnérabilité du patient plutôt que son autonomie ?

Le principe de non-malfaisance

Ce principe peut sembler faire double emploi avec le principe de bienfaisance, mais en réalité, il en va tout autrement. En effet, le principe de non-malfaisance s'inspire du *primum non nocere* d'inspiration hippocratique et qui signifie « principalement ne pas nuire ». Il impose tout d'abord à tout médecin ou soignant de ne pas utiliser ses compétences dans le but de porter un quelconque préjudice à qui que ce soit et plus particulièrement à ses patients. En ce sens, il est certainement plus fondamental que le principe de bienveillance dans la mesure où il est moralement plus choquant et plus inhumain de causer un tort et une souffrance à autrui que de ne pas avoir le souci de son bien. Ce principe repose donc sur l'idée qu'il est pire de nuire à autrui que de ne pas agir pour lui venir en aide. Son importance est d'ailleurs confirmée par la place fondamentale qu'il occupe dans le code de Nuremberg qui définit un ensemble de règles internationales en réponse aux expériences effectuées par les nazis sur des êtres humains.

Il ne concerne pas seulement de telles extrémités. Il garantit également contre toute tentation du médecin, ou du soignant en général, de céder aux pressions de l'entourage du malade, voire du malade lui-même, qui serait prêt à accepter de prendre le risque de mettre sa vie en danger afin de parvenir à une guérison plus rapide. Il consiste donc dans une prise en compte rationnelle des risques et des bénéfices d'un acte afin que l'on n'impose pas à un malade un traitement ou une intervention pouvant entraîner des risques disproportionnés par rapport aux avantages attendus. Il s'agit de toujours avoir à l'esprit les intérêts du malade et de les faire passer avant ceux des soignants. Le respect de ce principe impose également que l'on considère d'abord le malade avant la maladie, et que l'on n'agisse pas sur ce dernier en vue d'accomplir une quelconque performance médicale en l'exposant à des dangers inutiles.

Beauchamp et Childress définissent le mal pouvant être causé au patient de la manière suivante :

Afin d'éviter de préjuger d'un cas, nous interpréterons le mot mal exclusivement dans un sens normatif, qui est celui de contrarier de faire échouer, ou d'entraver les intérêts d'un groupe d'individus. Ainsi, il se peut tout compte fait que l'action nocive d'un groupe de personnes ne soit pas mauvaise ou injustifiée bien que l'acte de faire du mal soit en général et *prima facie* mauvais. La raison pour laquelle il est *prima facie* mauvais, c'est précisément parce qu'il entrave les intérêts de la personne affectée.

Le problème est alors de définir précisément en quoi consiste réellement l'intérêt d'une personne ou d'un groupe de personnes. En effet, le jugement par lequel sera déterminé cet intérêt peut être relatif et dépendre de la subjectivité et de la complexion singulière de chacun. On peut néanmoins considérer que tout acte qui occasionne une souffrance inutile ou qui diminue sans aucune contrepartie les capacités du malade peut être considéré comme nuisible à ses intérêts. S'il faut, en effet, tenir compte de la souffrance infligée au malade, ce critère n'est pas le seul à prendre en considération. Le mal causé ne peut se réduire à la simple souffrance, le médecin peut prescrire à son patient des traitements ayant des effets indésirables sans que cela contrevienne au principe de non-malfaisance. Cependant, conformément au principe d'autonomie, il se doit de le prévenir de ces effets auparavant afin d'éclairer sa décision de suivre ou de ne pas suivre ce traitement. Un manquement à cette exigence pourrait d'ailleurs être perçu et interprété comme une certaine forme de malfaisance. D'autre part, ce principe ne concerne pas seulement le mal causé intentionnellement, mais aussi les actes commis involontairement, par négligence ou légèreté dans l'évaluation des risques encourus par un malade à la suite d'un acte médical :

Les obligations de non-malfaisance ne sont pas uniquement des obligations de ne pas faire de mal ; elles incluent également des obligations de ne pas imposer de risques de causer du mal. Une personne peut faire du mal à une autre personne ou mettre quelqu'un dans une situation à risques sans intentions malveillantes ou intentions de nuire, et l'agent du mal peut être ou ne pas être moralement ou légalement responsable de ce mal. Dans certains cas, les individus sont causalement responsables du mal quand ils n'ont pas l'intention ou ne sont pas conscients du mal causé⁶.

Le problème ne se pose pas seulement pour ce qui concerne le choix d'administrer ou non un traitement, il concerne également le choix de poursuivre ou d'arrêter ce même traitement. La question se pose de savoir si, au nom du principe de non-malfaisance, il est possible de refuser de mettre fin à des traitements lourds qui augmentent l'espérance de vie du patient dans des conditions pénibles pour lui, alors qu'une interruption réduirait cette espérance, mais améliorerait sa qualité de vie à court terme ? La question de savoir où se situe la malfaisance reste donc ici extrêmement difficile à résoudre et semble plutôt relever d'une évaluation au cas par cas. Des problèmes similaires peuvent également se rencontrer lorsque

6 *Ibid.* p. 174.

le médecin est confronté à ce qu'il est convenu d'appeler la règle du double effet, lorsque s'opère une distinction entre les effets voulus et les effets prévus, lorsqu'aux conséquences bénéfiques visées par l'acte médical s'ajoutent des effets pouvant être considérés comme malfaisants. Cela peut se produire lorsque l'on administre à un patient en fin de vie des traitements contre la douleur dont on sait pertinemment qu'ils vont hâter son décès. L'effet voulu est ici d'apaiser les souffrances du malade, mais le second effet prévisible est la mort résultant de la nocivité du traitement. On peut certes penser qu'il ne peut y avoir dans ce cas malfaisance, si l'effet négatif n'est pas recherché pour lui-même et s'il n'est que la conséquence de l'acte accompli en vue de l'effet positif.

La problématique se situe alors à la limite des morales déontologiques et des éthiques conséquentialistes.

Si l'on considère que l'intention n'est pas de donner la mort, mais de soulager le patient, l'acte peut être considéré comme non-malfaisant. Cependant, il est extrêmement difficile de connaître et d'évaluer l'intention qui préside à l'accomplissement d'un acte qui peut d'ailleurs résulter d'intentions différentes si plusieurs personnes interviennent. Le médecin qui prend la décision et le soignant qui l'exécute ne seront peut-être pas animés par la même intention. En revanche, même si la mesure ne peut être totalement objective, il est apparemment plus facile de juger si un malade est soulagé ou s'il continue de souffrir. Par conséquent, si l'on adopte un point de vue conséquentialiste, que l'on considère qu'il n'y a de bien et de mal que relatifs et que ne vaut que ce qui est utile pour maintenir, du mieux qu'il est possible, les capacités d'action d'un individu, les effets de l'acte doivent prédominer sur les intentions pour juger s'il y a ou non malfaisance.

Il est, en effet, extrêmement difficile face à ce type de problèmes de recourir à un principe universel relevant d'une morale déontologique. Le respect du principe de non-malfaisance consiste donc à s'interroger sur ce qui est bon ou mauvais pour tel individu dans telles circonstances données. Quel est le meilleur moyen de faire ce qui est vraiment utile pour que l'individu puisse continuer d'exercer ce qui lui reste de capacité d'action. La qualité de la vie ne pouvant s'évaluer que d'un point de vue dynamique (en termes de puissance d'agir) et non quantitatif (en termes de durée).

Pour résoudre ce type de difficultés Beauchamp et Childress préfèrent distinguer entre les traitements facultatifs et les traitements obligatoires. Il peut être parfois obligatoire de ne pas traiter un malade lorsque « la douleur peut par exemple être si forte, et les contraintes

physiques si lourdes, que ces facteurs deviennent plus importants que les avantages anticipés, telle qu'une brève prolongation de la vie⁷ ». Le traitement curatif peut alors relever de la malfaisance faite au patient. Cette distinction ne change cependant rien au fait que le respect du principe de non-malfaisance relève plus d'une approche conséquentialiste que déontologique.

Pour ce qui concerne les questions liées à la fin de vie, Beauchamp et Childress se réfèrent à la distinction désormais classique entre « tuer » et « laisser mourir⁸ ». Cette distinction laisse entendre que, dans certains cas, ne pas intervenir médicalement pour soigner un malade n'est pas comparable à la démarche active de faire mourir. Par exemple, lorsque les traitements sont trop lourds et leurs chances de réussite disproportionnées par rapport aux risques ou à l'inconfort imposé au patient. Et il est vrai qu'en cas d'arrêt de soins curatifs, c'est la maladie (autrement dit, en un certain sens la nature) qui tue le malade, alors que dans le cas de l'euthanasie, il y a effectivement un acte positif accompli pour mettre fin aux jours d'une personne. Cependant, dans certaines situations, la distinction est difficile à établir dans la mesure où laisser mourir peut être assimilé à l'acte de tuer, il n'est donc possible, selon Beauchamp et Childress, d'user de cette distinction avec pertinence que lorsque deux conditions bien précises sont remplies :

Laisser mourir » est *prima facie* acceptable en médecine sous l'une des deux conditions justifiées suivantes : une technologie médicale est inutile (médicalement futile), (2) le patient (ou le décideur de substitution légal) a refusé une technologie médicale de façon valide. Autrement dit, laisser un patient mourir est acceptable si et seulement si les circonstances satisfont la condition de futilité ou la condition d'un refus d'un traitement valide. (Honorer un refus valide revient dans ce cas à laisser mourir, non pas à tuer.) Si ces conditions ne sont pas satisfaites, alors laisser un patient mourir est une négligence et peut constituer une forme de meurtre⁹.

S'il est vrai que souvent le désir de vivre est plus fort que tout, il peut sembler justifié que la médecine mette tout en œuvre pour tenter de retarder le moment du décès. Néanmoins, comme d'ailleurs la loi française le recommande instamment, cela ne doit pas aller jusqu'à l'obstination déraisonnable, ce qui serait contrevenir à la fois au principe de non-malfaisance et au principe de bienfaisance que nous allons maintenant aborder.

⁷ *Ibid.* p. 200.

⁸ *Ibid.* p. 210.

⁹ *Ibid.* p. 212-213.

Le principe de bienfaisance

Ce principe d'inspiration utilitariste repose sur la nécessité de contribuer au bonheur de tous. Il peut être interprété sous un jour à la fois déontologique et conséquentialiste. Il relève, en effet, d'un devoir moral envers autrui, mais il ne peut se réduire à simple intention indépendante des conséquences qu'entraîne son application. Cette double origine est soulignée par Beauchamp et Childress qui distingue la bienfaisance qui relève plutôt d'une obligation morale et l'utilité qui relève des conséquences du respect de cette obligation :

La bienfaisance positive requiert que la personne apporte des bienfaits. L'utilité requiert que la personne pèse les avantages et les inconvénients de son action pour parvenir, dans l'ensemble, aux meilleurs résultats possibles¹⁰.

Ils ajoutent ensuite :

Le principe de bienfaisance se réfère à l'obligation morale d'agir pour le bien d'autrui¹¹.

Puis :

L'utilitarisme est par exemple systématiquement construit à partir du principe de bienfaisance¹².

La difficulté, relativement à cette double origine, est de définir en quoi consiste la bienfaisance. Être bienfaisant, ne peut se réduire à la seule manifestation de l'empathie. La bienfaisance relève d'une certaine sollicitude fondée en raison qui doit s'intégrer dans un contexte social dans lequel chacun est redevable envers autrui des bienfaits qui lui sont dispensés. Ce sentiment s'enracine sur la nécessité d'améliorer le sort du malade et de diminuer sa souffrance, autant qu'il est possible, dans le respect des principes d'autonomie et de non-malfaisance. Il s'agit de placer l'intérêt de la personne au centre de tout acte médical. Il s'inspire de la pensée de David Hume qui conçoit la bienfaisance en termes de réciprocité :

Toutes nos obligations d'agir pour le bien de la société semblent impliquer quelque chose de réciproque. Je reçois les bienfaits de la société, donc je dois promouvoir ses intérêts¹³.

En raison de cette exigence de réciprocité, le principe de bienfaisance ne peut s'apparenter au paternalisme médical, dans la mesure où ce principe doit respecter la liberté du patient et, par conséquent, le principe d'autonomie. Néanmoins, il peut arriver que le malade fasse des choix contraires à ses intérêts, refuser certains traitements ou adopter un régime de vie incompatible avec son état de santé. Le paternalisme peut-il dans ces conditions être une

10 *Ibid.*, p. 239.

11 *Ibid.*, p. 240.

12 *Ibid.*, p. 240.

13

attitude recevable au nom du principe de bienfaisance ? Une attitude par trop paternaliste ne risque-t-elle pas alors d'opposer principe de bienfaisance et principe d'autonomie ?

Selon Beauchamp et Childress, une attitude relevant d'un « paternalisme fort » peut se justifier lorsque le patient n'est pas en capacité de décider de manière autonome, ou lorsque la décision du patient entraîne des effets d'une grave dangerosité tout en engageant de manière significative la responsabilité des soignants. Il n'empêche que la bienfaisance ne peut l'emporter sur l'autonomie dans la mesure où c'est la personne elle-même, en fonction de ce qui fait sa singularité, qui est la seule apte à décider de ce qui est bon pour elle, même s'il est vrai, comme nous l'avons souligné précédemment, qu'en tant qu'elle est également une personne vulnérable, elle a généralement besoin d'être soutenue et accompagnée dans ses décisions.

Le principe de justice

La nécessité d'appliquer ce principe est principalement due au fait que dans de nombreux pays l'accès aux soins ne fait pas toujours l'objet d'une répartition égale et qu'il est donc indispensable de définir les critères en fonction desquels il faut agir pour corriger des disparités qui semblent inacceptable tant du point de vue du droit que d'un point de vue éthique. Si l'on se réfère aux réflexions conduites par Aristote, entre autres, dans le Livre V d'*Éthique à Nicomaque*, la justice ne peut se réduire à une égalité purement arithmétique, mais doit aussi fonctionner selon une égalité proportionnelle. C'est ainsi que va s'établir la distinction entre justice commutative qui consiste à attribuer la même chose à chacun – égalité arithmétique – et la justice distributive, qui consiste à définir ce qui revient aux uns ou aux autres en fonction de leurs mérites ou de leurs besoins – égalité proportionnelle. On peut néanmoins considérer que cette distinction reste formelle et qu'il est parfois difficile de déterminer un critère de proportionnalité satisfaisant afin d'attribuer justement à chacun ce qui lui est dû. C'est pour cette raison que Beauchamp et Childress considèrent qu'il faut compléter cette conception de la justice par des principes matériels dont le premier se fonde sur la nécessité de répondre aux besoins fondamentaux des personnes :

Les principes spécifiant les caractéristiques pertinentes d'un traitement égal sont appelés principes *matériels* car ils identifient les propriétés substantielles de la répartition. Un de ces principes est celui du besoin, selon lequel la répartition des ressources sociales fondées sur le besoin est juste (...). De toute évidence nos obligations se limitent aux *besoins fondamentaux*. Dire que quelqu'un a un besoin fondamental revient à dire qu'il subira un tort ou sera négativement affecté, de façon fondamentale, si ce besoin n'est pas satisfait. Une personne

sera négativement affectée à cause, par exemple, de la malnutrition, d'un dommage corporel ou de la non révélation d'une information importante¹⁴.

Néanmoins, des problèmes sont rencontrés, lorsque tous ceux qui auraient besoin d'un acte médical ou d'un traitement ne peuvent en bénéficier pour des raisons matérielles. Ainsi, par exemple, pour une greffe d'organe, quels doivent être les malades considérés comme prioritaires ? La question se pose également en ce qui concerne l'affectation des fonds destinés aux dépenses de santé et à la recherche médicale, faut-il considérer que seuls les malades atteints des pathologies les plus fréquentes doivent être privilégiés et limiter les dépenses pour les maladies plus rares, ou faut-il conformément au principe d'égalité considérer que tous les malades doivent être traités de manière identique. Si l'on se situe dans une optique purement utilitariste recherchant le plus grand bonheur pour le plus grand nombre la première solution sera privilégiée, en revanche une approche plus égalitaire privilégiera la seconde réponse. La théorie égalitariste, plus proche de la tradition égalitaire européenne et républicaine semble plus apte à régler les questions relatives à l'accès aux soins qui nécessitent, pour être résolues, que des règles soient définies afin de faire le meilleur choix possible. La question de la justice semble se poser de manière plus cruciale dans les pays anglo-saxons qui ont un système de santé très différent du nôtre et qui ne bénéficient pas d'une sécurité sociale ayant pour but d'assurer un accès au soin plus égalitaire.

Conclusion

Le principisme peut donc apparaître comme un théorie commode pour traiter de nombreuses questions éthiques à la seule condition que son application ne s'effectue pas de manière trop systématique. Le respect des quatre principes ne peut remplacer le recours à la délibération et au jugement, le jugement pouvant se définir comme l'opération par laquelle l'esprit adapte une règle générale à la singularité d'une situation. On peut considérer, dans une certaine mesure, que l'usage éthique du principisme peut être compris en se référant à la manière dont Paul Ricœur conçoit les rapports entre les normes morales et la visée éthique. On pourrait, en effet, considérer qu'il y a primauté de la visée éthique, c'est-à-dire de la visée de la vie bonne, sur les principes qui serait la norme, tout en affirmant la nécessité pour la visée éthique de passer par le crible de la norme. Ce qui conduirait à rendre légitime le recours de la norme à la visée, lorsque l'application pure et simple des principes pourrait conduire à des impasses.

¹⁴ *Ibid.*, p. 325.