

Approche par les principes, approche par les cas : sur le terrain, une complémentarité nécessaire et féconde

V. Fournier¹, M. Gaille²

Correspondance

V. Fournier,

à l'adresse ci-contre.

e-mail : veronique.fournier@cch.aphp.fr

¹ Médecin de santé publique et directrice du Centre d'éthique clinique, Hôpital Cochin (AP-HP), Paris.

² Chargée de recherche en philosophie, Centre de recherche sens, éthique et société (CNRS/UMR 58137), Paris.

L'article entend étayer l'hypothèse d'une complémentarité féconde et nécessaire, dans la réflexion éthique appliquée au champ de la médecine, entre le traitement au cas par cas des dilemmes moraux et l'approche de ces dilemmes fondée sur un ou des principes. Il procède en décrivant une expérience française d'éthique clinique, celle du Centre d'éthique clinique de l'hôpital Cochin. Depuis 2002, ce centre propose une aide à la décision dans les cas où la décision médicale recèle un dilemme moral, grâce à une méthode fondée sur l'hypothèse d'une telle complémentarité.

Mots-clés : éthique clinique - cas - principe - méthode

Introduction

Un centre d'éthique clinique fonctionne depuis septembre 2002 à l'hôpital Cochin, l'un des grands hôpitaux universitaires de Paris. Il développe une approche nouvelle en France, dite d'éthique clinique, qui s'inspire fortement de celle décrite par A. Jonsen, M. Siegler et W. Winslade dans leur ouvrage *Clinical Ethics* [1].

L'expérience française suscite de vives controverses, tenant entre autres à l'idée selon laquelle l'éthique clinique pourrait être dangereuse pour l'avenir de la médecine et de son éthique professionnelle

L'initiative trouve son origine dans deux éléments contextuels particuliers de la vie sociale et politique du pays : l'adoption par le Parlement en mars 2002 d'une loi pour la première fois explicitement relative aux droits des malades, parallèlement à la mise en route du processus de révision des lois dites de bioéthique.¹

Parce qu'elle cherche à rééquilibrer la relation médecin-malade et à accorder plus d'importance à l'autonomie du patient, la loi relative aux droits des malades était susceptible d'engendrer des tensions, voire des conflits entre médecins et malades qu'il convenait de tenter de prévenir et d'apaiser. Par ailleurs, l'évolution des biotechnologies, notamment dans les champs particulièrement innovants couverts par les lois de bioéthique (greffes d'organes, assistance médicale à la procréation, embryologie, et génétique), réouvre en permanence des questions éthiques qui concernent les professionnels

dans l'exercice quotidien de leur pratique, mais qui sollicitent de fait, bien au-delà de la médecine, la société tout entière.

L'hypothèse était qu'une structure proposant une aide à la décision médicale « éthiquement » difficile, par le biais d'un accompagnement et d'une réflexion multidisciplinaires, pourrait être utile à ceux, patients comme soignants, qui sont confrontés à de telles décisions. C'est sur la base de cette analyse que le ministre alors en charge de la santé, Bernard Kouchner, dans la foulée du vote de la loi « droits des malades », décide en mai 2002 de l'implantation à Paris d'une première structure pilote d'éthique clinique, s'inspirant du modèle développé par M. Siegler à Chicago. À l'Université de Chicago, il existe en effet un centre d'éthique clinique depuis plus de quinze ans, au service de l'hôpital de l'Université d'abord, mais également de plusieurs hôpitaux avoisinants.

C'est lors de la mise en route des respirateurs artificiels à la fin des années 70 que M. Siegler, médecin interniste à qui l'hôpital les confie, commence à se poser des questions : comment choisir les patients devant en bénéficier en priorité ? N'y aura-t-il pas perte de chance pour d'autres, et par le fait rupture d'égalité dans l'accès aux soins ? Comment défendre ces choix au plan éthique et à qui revient-il d'en assumer la responsabilité ? Il convainc quelques collègues de l'aider à résoudre au quotidien ces questions et c'est ainsi que naît le *MacLean Center for Clinical Medical Ethics*, centre dont la réputation devient vite internationale, notamment du fait de l'activité universitaire de recherche et de formation qu'il sait développer.

1. Les premières lois de bioéthiques ont été votées en 1994 ; le principe de leur révision était prévu par la loi cinq années plus tard, mais, en fait, il n'a abouti que dix ans plus tard, par le vote d'une nouvelle législation, en août 2004.

Dès son implantation, l'expérience française suscite de vives controverses [2], tenant entre autres à l'idée selon laquelle l'éthique clinique pourrait être dangereuse pour l'avenir de la médecine et de son éthique professionnelle. Les arguments avancés sont principalement de deux ordres : l'approche par les cas affaiblirait la force des principes puisqu'elle suppose d'admettre non seulement que ces derniers peuvent parfois être transgressés, mais aussi que l'on peut éventuellement s'en affranchir et ne pas du tout s'y référer lors de la réflexion sur le cas. Les tenants de cet argument affirment que l'approche par les cas et l'approche par les principes ne peuvent cohabiter.

L'autre argument régulièrement avancé par les détracteurs de l'éthique clinique est qu'en plus de saper le rôle structurant des principes, il se pourrait que l'approche par les cas favorise l'émergence de nouvelles normes, potentiellement dangereuses, car davantage fondées sur un principe de réalité, de pragmatisme et d'individualisme que sur les valeurs éthiques de référence admises par la société jusqu'ici : l'éthique clinique serait ainsi susceptible de faire le lit d'une certaine compromission morale.

Après trois ans de fonctionnement et une expérience de quelques deux cents cas, des éléments rassurants s'accumulent venus du terrain, que nous nous attacherons à décrire au cours de cet article.

À partir d'une description détaillée de la façon dont travaille le Centre d'éthique clinique, nous formulerons deux hypothèses : la première est que l'approche par les cas et l'approche par les principes, loin de s'opposer, apparaissent complémentaires et ne sauraient être utilisées l'une sans l'autre. La seconde est que l'éthique clinique, telle qu'elle est pratiquée au Centre d'éthique clinique, tire son inspiration méthodologique de la plus pure tradition clinique et nous paraît de ce fait peu dangereuse pour l'éthique médicale.

La pratique d'éthique clinique à l'hôpital Cochin

Le Centre est accessible à tous ceux, patients, proches, équipes soignantes, qui sont confrontés à une décision médicale ressentie comme « éthiquement » difficile. Sauf exception, il ne fonctionne que sur des situations cliniques en cours et non de manière rétrospective. Il propose ce qu'il appelle « une consultation d'éthique clinique », première raison d'être du Centre.

L'une des meilleures façons de décrire l'activité du Centre consiste à décrire les cas à propos desquels il est consulté : leur nombre, leur thème, leur origine géographique, les personnes qu'ils concernent, etc. Le cas faisant l'objet d'une consultation d'éthique clinique désigne l'unité d'activité de la structure.

Le Centre d'éthique clinique envisage les cas sur lesquels il est saisi de manière analogique avec des cas médicaux. Comme dans une consultation médicale

où chaque patient venu consulter peut être considéré comme un « cas », de la même façon en éthique clinique, chaque situation nouvelle à propos de laquelle le Centre est saisi est un nouveau cas [3, 4]. La pratique d'éthique clinique ici évoquée n'utilise donc pas de la notion de *cas* au sens où il est parfois entendu d'événement, de quelque chose rompant, sur le mode de l'exception ou de l'extraordinaire, avec l'habituel, le coutumier, voire le monotone [5]. Par ailleurs, les situations à propos desquelles le Centre est saisi sont toutes considérées comme uniques : les cas du Centre ne sont jamais, du moins *ex-ante*, des cas d'école ou des cas paradigmatiques, même si certains, une fois travaillés et écoulé le temps du recul, deviennent illustratifs pour un cas suivant ou sources de réflexion pour un questionnement plus collectif. En cela, le centre d'éthique clinique ne cherche pas développer une approche de l'éthique médicale de type paradigmatique, semblable à celle que A. Jonsen et S. Toulmin ont pu promouvoir, à partir de la fin des années 1970 aux États-Unis, en s'inspirant du fonctionnement jurisprudentiel du droit.²

Après trois ans de fonctionnement et une expérience de quelques deux cents cas, des éléments rassurants s'accumulent venus du terrain

Illustrons le propos par un exemple : un homme de 85 ans est adressé au Centre par le gériatre qui suit son épouse. Elle a 80 ans et souffre d'une maladie d'Alzheimer depuis 5 ans. Ils vivent ensemble depuis plus de cinquante ans, il l'assume entièrement seul, il s'est promis qu'il la garderait jusqu'au bout à la maison. La maladie progresse inexorablement et cela devient difficile au quotidien. Par ailleurs, elle est porteuse d'un *pacemaker* dont le cardiologue, lors d'un contrôle de routine, vient de dire qu'il faudra changer la pile prochainement. Faut-il vraiment la changer, demande-t-il ?

L'histoire est connue, en pratique quotidienne les gériatres la rencontrent souvent. Mais les circonstances dans lesquelles elle s'exprime sont à chaque fois particulières, et aucun cas ne ressemble tout à fait à un autre. De la même façon en éthique clinique, il ne s'agit pas de tirer de ce cas une recommandation qui ferait en quelque sorte jurisprudence pour toutes les situations où se poserait la question

2. A. Jonsen dont le nom a déjà été évoqué précédemment aux côtés de ceux de M. Siegler et de J. Winslade est né en 1931. Il a obtenu un doctorat au département d'étude des religions de l'Université de Yale et a enseigné la philosophie et la théologie avant de se tourner vers l'éthique de la médecine à partir du début des années 1970. Il est aujourd'hui professeur émérite d'éthique de la médecine à la faculté de médecine de l'Université de Washington. Né en 1922, S. Toulmin a étudié la physique et les mathématiques avant de préparer un doctorat de philosophie influencé de la pensée de Wittgenstein qu'il rencontra à l'Université de Cambridge. Il enseigne ensuite la philosophie et l'histoire des sciences. En 1959, il s'installe aux États-Unis où il développe avec A. Jonsen une importante réflexion sur la casuistique et son histoire, notamment marquée par la publication de *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*.

de poser ou renouveler un *pacemaker* chez un patient alzheimerien, il s'agit de considérer cette situation comme unique au plan éthique à la fois du point de vue du couple en présence, de l'équipe qui saisit, mais aussi du groupe d'éthique clinique qui aura à en traiter, ce jour-là, à ce stade-là de sa réflexion.

Quelle est la méthode de travail du Centre lorsqu'il est saisi d'un cas d'éthique clinique ?

La première étape consiste à rencontrer au cours d'entretiens individuels toutes les parties concernées par la décision. Les entretiens sont toujours menés à deux, si possible un soignant et un non-soignant, pour tenter de mieux cerner non seulement les enjeux médicaux mais également les enjeux extra-médicaux que soulève éventuellement la question posée.

Le staff d'éthique clinique n'a aucune vocation décisionnelle et a pour seule ambition d'éclairer la décision

L'objet de ces rencontres est de recueillir l'ensemble des éléments utiles à la délibération éthique autour du cas considéré, ainsi que la position de chacun et ce qui la fonde. L'esprit dans lequel elles sont conduites est important : l'idée est de faire en sorte que chacun se sente accueilli, à égalité et sans préjugés, quelle que soit l'opinion qu'il exprime.

Une fois recueilli l'ensemble des éléments utiles au débat, le cas est présenté pour discussion au « staff d'éthique clinique ». Celui-ci consiste en une délibération collégiale de deux heures, à jour et heure fixes. Il est multidisciplinaire et rassemble entre quinze et vingt personnes : pour moitié des soignants, notamment issus de secteurs de la médecine dont l'exercice soulève quotidiennement des questions éthiques et de ce fait particulièrement rompus à ce type de questionnement (réanimation, soins palliatifs, oncologie, obstétrique, AMP, génétique, gériatrie, transplantations, etc.), et pour moitié des non-soignants, philosophes, sociologues, juristes, psychanalystes, historiens de la médecine, économistes, etc.

Le staff d'éthique clinique est organisé sur le modèle de ce qui se fait régulièrement dans de nombreux services cliniques hospitaliers où les cas difficiles sont discutés au cours de réunions dites « staffs » de service, afin de collégialiser la réflexion. À ceci près qu'ici, la collégialité n'est pas multidisciplinaire de la même façon qu'elle l'est usuellement dans les staffs cliniques : pour l'exercice d'éthique clinique, la multi-disciplinarité nécessite d'être le plus possible représentative de la diversité de la société civile ainsi que des disciplines universitaires

utiles à l'exploration des différents enjeux éthiques posés par la question en débat.

Le staff d'éthique clinique n'a aucune vocation décisionnelle et a pour seule ambition d'**éclairer la décision**, notamment en contribuant à ce que soient davantage « désenchevêtrés » et identifiés les enjeux, valeurs et principes éthiques qui la sous-tendent. La décision reste l'apanage du médecin en charge du patient ; au mieux, elle devient une codécision prise entre le médecin et son patient.

Le staff se déroule en trois temps : le cas est d'abord décrit ainsi que l'ensemble des éléments factuels qui le caractérisent et la position des différents protagonistes de la décision ; au cours de cet exposé, les consultants s'attachent à faire valoir de façon équivalente la parole de tous, notamment celle du patient ou de ses représentants autant que celle des soignants. Une première discussion s'ensuit dont le but est de compléter l'exposé des faits de façon à ce que l'ensemble des participants puisse apprécier aussi clairement que possible la spécificité de la situation à l'étude. Le deuxième temps du staff consiste ensuite à identifier, voire à hiérarchiser les différentes questions éthiques soulevées par la décision médicale en débat. Puis un tour de table a lieu au cours duquel chacun exprime sa position quant aux différentes questions éthiques répertoriées et l'argumente.

À l'issue de cette délibération, un retour est fait aux différents protagonistes concernés : le patient ou ceux qui le représentent d'une part, le ou les médecin(s) en charge, voire l'ensemble de l'équipe soignante, d'autre part, c'est-à-dire séparément. Il est fait sous forme orale, dans la même configuration que les entretiens initiaux, c'est-à-dire par les mêmes consultants d'éthique clinique en binôme soignant/non soignant. Il consiste, non pas à donner une réponse à la question posée, mais à rendre compte aussi scrupuleusement que possible de la façon dont le Centre a travaillé : le chemin des questions qu'il s'est posées et qu'il a cherché à instruire pour guider la discussion, la composition du staff ce soir-là, la façon dont s'est déroulée la discussion, les principaux thèmes qui ont valu débat éthique, pourquoi, comment ils se sont hiérarchisés, les positions en présence, qui les portaient, etc.

Que peut-on dire de ce fonctionnement, relativement à celui d'autres structures d'éthique clinique ?

La méthode de travail que le Centre s'est choisie présente un certain nombre de caractéristiques et de particularités qui méritent d'être soulignées.

Au plan des caractéristiques

La première est l'importance que la démarche attache à la procédure, que cela soit pour l'étape d'ins-

truction ou de délibération de la question posée : l'hypothèse étant que la valeur ajoutée du Centre, pour ceux qui l'ont saisi, réside dans la systématisation et la rigueur de la méthode employée.

La deuxième est le parti pris de prendre en compte chaque argument en présence dans le cas saisi, sans en rejeter aucun *a priori* ; par analogie, on peut rapprocher cette façon de faire de ce qui se fait lors d'un procès en justice équitable, en ce qu'il s'agit d'offrir à chaque partie la possibilité d'exposer à parts égales son point de vue. Cet aspect est important à souligner puisqu'il est à la fois l'originalité de la procédure et sa probable limite. En effet, il induit un biais dans le recrutement des personnalités attirées par le Centre : ceux pour qui agir éthiquement consiste avant tout à défendre des convictions ne souffrant pas de discussion, ne s'y associent pas volontiers.

Au plan des particularités

Le modèle est intermédiaire entre un fonctionnement basé sur l'intervention d'un consultant-expert éthicien donnant seul son avis en fin de consultation et le fonctionnement d'un certain nombre de comités d'éthique, agissant comme des instances externes devant lesquelles les cliniciens viennent présenter leurs dossiers difficiles, sans qu'elles aient elles-mêmes instruit le cas préalablement, ni rencontré les différentes parties au conflit éthique ; en cela, le modèle parisien s'inspire étroitement du modèle mis en place par M. Siegler à Chicago.

À Cochin, les membres du staff d'éthique clinique ne se disent pas *éthiciens*³. Du reste, ils ne produisent pas d'avis éthique, c'est la démarche d'ensemble qui se veut éthique. Chaque membre du staff contribue à la délibération à partir de son propre point de vue, et en fonction de ce qu'il est professionnellement et personnellement.

Si le staff ne produit pas d'avis formel, c'est aussi pour deux autres raisons : d'abord pour ne pas dessaisir le médecin référent de sa responsabilité de principal et ultime acteur de la décision médicale ; d'autre part pour ne pas faire des cas étudiés des standards décisionnels qui pourraient être considérés comme normatifs pour d'autres situations à venir potentiellement équivalentes : la richesse de la démarche est d'accueillir chaque situation d'abord comme singulière et chaque délibération comme unique, fonction non seulement des spécificités factuelles de la situation en débat, mais aussi par exemple de la composition du staff ce soir-là ou d'autres éléments contextuels par définition variables.

En conclusion, il convient d'ajouter que le Centre d'éthique clinique s'attache, pour garantir la qualité des débats autour des cas, à organiser des séminaires de formation sur deux ans à destination des membres du staff. Au cours de ces séminaires, il est proposé aux membres du groupe d'approfondir quelques éléments de référence théoriques et conceptuels susceptibles de nourrir leur réflexion. Ces séminaires sont également l'occasion de réfléchir aux méthodes et

procédures de l'éthique clinique, par exemple à l'adaptation au contexte français des approches proposées par M. Siegler et A. Jonsen. Ils sont enfin utiles pour entraîner le groupe à l'approche par les cas ainsi qu'aux méthodes de délibération collective.

Dans ce modèle, l'approche par les cas est complémentaire et indissoluble d'une approche par les principes

Le canevas principaliste proposé par T. Beauchamp et J. Childress en éthique biomédicale sert de fil directeur à la façon dont sont instruites et exposées les situations dont le Centre est saisi [6]. Les éléments qui sont systématiquement explorés sont d'abord ceux qui permettent de clarifier ce que dit, dans le cas considéré, la balance bénéfices-risques au plan médical et le couple bienfaisance-non malversation en général. Le deuxième temps de la délibération s'intéresse à ce qu'exprime le patient ainsi que ses proches, de façon à apprécier jusqu'à quel point le principe du respect de l'autonomie doit être pris en considération dans l'histoire présente et ce que cela signifie. Enfin, les éléments de contexte sont systématiquement explorés en commençant par ceux ayant directement trait au principe d'égalité d'accès aux soins.

Il n'est donc jamais question de s'affranchir de la matrice principaliste, elle sert de référence, de guide et de cadre à la réflexion. Pour nous, l'intérêt de l'éthique clinique est justement de se situer dans l'interstice laissé entre une approche qui ne serait que « principaliste » et une autre qui ne serait que « casuistique ». Il s'agit de mieux comprendre comment les principes sont mis en tension par les situations concrètes que rencontrent les médecins dans leur exercice quotidien, lequel prévaut et pourquoi, quand deux ou plusieurs d'entre eux s'affrontent. La confrontation des principes à la réalité concrète du terrain permet de vérifier leur pertinence, de la refonder, ou de s'apercevoir qu'il faut peut-être les remettre en cause, les faire évoluer, ou les compléter par une nouvelle valeur collective n'ayant pas été considérée comme suffisamment fondamentale jusque-là pour accéder au rang de principe éthique, mais éventuellement susceptible de le devenir.

L'éthique clinique ainsi pratiquée a peu de risques d'être dangereuse pour l'éthique médicale

Les arguments sont nombreux qui portent à croire qu'il y a peu de risques que l'éthique clinique ainsi

3. En France, le qualificatif d'« éthicien » a une connotation péjorative : on associe à ce terme une prétention illégitime à édicter des normes morales et le risque de voir certaines personnes (ou instances) s'ériger en censeurs des valeurs éthiques.

pratiquée soit jamais dangereuse pour l'éthique médicale. Ils sont au moins au nombre de trois.

En premier lieu, il se confirme que la démarche, construite pour être à la fois thérapeutique, pragmatique et empirique, respecte largement les fondamentaux de l'exercice médical. Ceci n'est guère étonnant dans la mesure où elle a été conçue et mise en place pour l'essentiel par un médecin. De ce fait, elle ne devrait pas rester bien longtemps inquiétante pour le corps professionnel.

Les décisions médicales dites « éthiquement » difficiles soulèvent souvent des enjeux bien plus larges que strictement médicaux : sociaux, culturels, législatifs, politiques, religieux, etc.

Elle est *thérapeutique* parce que son premier objet est de diminuer la souffrance induite par la difficulté de la décision à prendre. Lorsque le Centre est saisi, c'est généralement qu'il existe une appréciation différente quant à cette décision entre l'équipe médicale et le patient ou celui (ceux) qui le représente(nt). En tant que tiers, le Centre facilite la reprise d'un dialogue souvent devenu tendu de ce fait. Il a donc une importante fonction de médiation. Il l'assume en s'efforçant, au cours des entretiens qu'il mène, d'accueillir à égalité les arguments des uns et des autres, tout en tentant de faire comprendre à chacun la position de l'autre, ce qui la fonde et en quoi elle est tout autant légitime que la sienne. L'espace que crée le temps de consultation permet aux différents protagonistes de se distancier vis-à-vis de la décision qui doit être prise, ce qui facilite le cours ultérieur des choses.

L'approche est également conforme à la démarche médicale classique en cela qu'elle est fondamentalement *pragmatique et empirique* : pragmatique, car elle intervient en temps réel, c'est-à-dire dans un temps dicté par les besoins du patient ; il ne s'agit pas de prendre le temps d'une réflexion longuement mûrie sur le plan théorique et conceptuel, mais d'accepter les contraintes, notamment celles de temps, qu'impose le contexte ; empirique, car face à l'obstacle, une décision devra être prise malgré l'incertitude qui peut persister quant à sa pertinence éthique. Comme toujours en médecine, elle sera d'abord guidée par la recherche de la moins mauvaise solution pour le patient, puis les enseignements qu'elle apportera serviront pour progresser face au cas suivant.

Le deuxième ordre d'arguments à verser au bénéfice de la démarche sur le plan éthique est qu'au moins pour deux raisons, elle ne peut qu'être bénéfique à la qualité de la prestation médicale. La première est qu'elle renforce la réflexion préalable à la prise de décision et son caractère collégial. La deuxième est que par sa nature médiatrice, elle est non seulement thérapeutique comme on l'a dit précédemment, mais susceptible de grandement diminuer les conflits médecins-malades.

Enfin, la démarche contribue au moins pour un troisième ordre d'arguments à la cause de l'éthique médicale. Elle participe à désenclaver la médecine de sa solitude professionnelle en élargissant la réflexion éthique au plus grand ensemble possible d'acteurs de la société. En effet, les décisions médicales dites « éthiquement » difficiles, soulèvent souvent des enjeux bien plus larges que strictement médicaux : sociaux, culturels, législatifs, politiques, religieux, etc. C'est pour tenir compte au mieux de la diversité de ces enjeux que l'approche choisit de convoquer au chevet de la décision médicale individuelle un groupe de représentants des différentes composantes de la société civile, notamment issus de disciplines particulièrement concernées par sa dimension éthique : philosophes, juristes, sociologues, théologiens, etc.

Ainsi, l'expérience nous conforte-t-elle dans notre intuition initiale. L'approche par les cas ne saurait se concevoir sans l'approche par les principes et *vice-versa*. L'une éclaire et enrichit l'autre et réciproquement. Sans une référence aux principes, la démarche d'éthique clinique n'apporterait guère de valeur ajoutée aux équipes pour les aider dans les questions qui sont les leurs. Et s'en tenir aux principes sans accepter qu'ils puissent parfois être mis en cause ou du moins mis en tension par la spécificité des cas aboutirait vite à ce qu'ils perdent de leur pertinence et par là de leur force en tant que guides et référents. La perpétuelle réarticulation des uns aux autres est créative.

Certes l'exercice n'est pas simple. On ne saurait conclure cet article sans le souligner. L'approche décrite ici reste une visée, en quelque sorte un cadre idéal pour guider la réflexion et aider à la décision. La réalité du terrain la malmène souvent et oblige à perpétuellement remettre en question la méthode elle-même : est-elle pertinente pour atteindre les objectifs poursuivis ? Accepter le questionnement, la prise de risque qu'il suppose, l'absence de réponse définitive à nos doutes ainsi qu'à la controverse entre cas et principes, s'inscrit dans un mouvement qui existe depuis que la philosophie existe, comme le démontrent si bien J.-P. Amann et M. Gaille-Nikodimov dans leur contribution à paraître dans le prochain numéro.

Références

1. Jonsen A.R., Siegler M., Winslade W. J. Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine, 5^e éd, McGraw Hill, 2002.
2. Manifeste « Résister à l'idéologisation de l'éthique des professionnels de santé » (7 mai 2004) : www.space-ethique.org.
3. Gourevitch D. Le Triangle hippocratique dans le monde gréco-romain : le malade, sa maladie et son médecin, Rome, École française de Rome, 1983.
4. Pigeaud J. Aux sources du cas. Nouvelle revue de psychanalyse, Dossier « Histoires de cas », 1990, 42, 65-81.
5. Passeron J.-Cl., Revel J. (dir.), Penser par cas, Enquête, Paris, EHESS, 2005.
6. Beauchamp T. L., Childress J. F. Principles of biomedical ethics, 5^e éd. révisée, Oxford University Press, 2001.