



University of Zurich
Zurich Open Repository and Archive

Winterthurerstr. 190
CH-8057 Zurich
<http://www.zora.uzh.ch>

Year: 2010

Dilemme, casuistique, marché: les dimensions de la bioéthique

Poulin, H; Wild, V

Poulin, H; Wild, V (2010). Dilemme, casuistique, marché: les dimensions de la bioéthique. *Mag Philo, La Bioéthique*, 26:online.

Postprint available at:
<http://www.zora.uzh.ch>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich.
<http://www.zora.uzh.ch>

Originally published at:
Mag Philo, La Bioéthique 2010, 26:online.

Dilemme, casuistique, marché : les dimensions de la bioéthique.

L'hyménoorrhaphie, c'est l'opération chirurgicale qui consiste à recoudre – reconstituer – créer une paroi vaginale du sexe de la femme après qu'elle ait été rompue par exemple par un acte sexuel ou simplement parce qu'elle n'existe pas¹. La finalité d'un tel acte consisterait à se présenter vierge le jour de son mariage, ce qui est une exigence culturelle forte voire contraignante dans certains contextes, alors qu'on ne l'est plus de fait. On pourrait alors dire que le choix de l'opération reflète une sorte de tiraillement entre la société moderne, d'inspiration occidentale, et la société traditionnelle, comme c'est tout particulièrement le cas dans un lieu de grande tension entre ces deux cultures, traditionnelle et moderne, et où cette opération est fort pratiquée : Tunis.

Sous l'aspect bioéthique, on s'interroge en premier lieu sur les principes éthiques qui doivent guider le médecin dans le traitement de son patient, et donc aussi dans l'attitude à adopter devant les demandes de celui-ci. Ce type d'interrogation, qui fait sortir la bioéthique du simple cadre de la discussion entre spécialités ayant rapport à l'avortement, à l'euthanasie ou à la manipulation génétique nous oblige à distinguer ce qui est de l'ordre de la morale personnelle, si « je » suis chrétien, hindouiste, musulman, juif, etc., et ce qui est de l'ordre de l'éthique médicale. Une fois acquis ce que dit la loi et ce que dit la société en termes de valeurs, et sans remettre en cause l'une ou l'autre – ce qui nous conduirait vers le domaine de la politique, de la religion, de la morale ou du militantisme en général, se pose la question de savoir ce que doit faire le médecin face à la vie qui lui est confiée. Comment doit-il recevoir la demande qui lui est faite et comment doit-il appréhender le traitement à mettre en œuvre ?

Du point de vue théorique, l'hyménoorrhaphie est un cas particulièrement intéressant à l'intérieur de la réflexion bioéthique, notamment du point de vue du principe d'autonomie, qui s'inspire de deux principes posés par Kant, la règle et l'idée de fin². Premièrement, « je » me donne à moi-même des règles que « je » choisis de suivre et personne ne peut se substituer à « moi » dans le fait de les choisir et dans le fait de les suivre ; deuxièmement, « je » dois être considéré, en tant qu'individu moral, comme une fin, ce qui signifie qu'il faut, quand les autres se rapportent à « moi », et quand « je » me rapporte aux autres, que « je » m'informe des règles qu'ils choisissent d'adopter, que « je » les comprennent, et que « je » respecte l'individu dans le choix de ces règles. Considérons cet aspect de la question kantienne et voyons quelle(s) tension(s) elle subit au sein de la problématique de l'autonomie telle que la bioéthique la considère. La difficulté vient du fait que la bioéthique ajoute à la base kantienne de cette formulation morale une donnée qui la bouleverse profondément, c'est-à-dire l'impossibilité de s'accorder sur le contenu universel d'une règle, sur le bien, ou encore sur le fait de constater que les valeurs qui président au choix d'une règle sont multiples et parfois inconciliables³. Le principe d'autonomie rompt ainsi avec l'attitude de réciprocité qui dit qu'il ne faut pas faire aux autres ce que « je » ne veux pas qu'ils me fassent, ou qu'ils ne doivent pas me faire ce que « je » ne veux pas leur faire, puisqu'il n'y a plus de valeurs communes au nom desquelles je pourrais dire dans tous les cas ce qu'il est bon ou mauvais de me faire ou de faire aux autres. Il s'agit donc de faire aux autres ce qu'ils veulent qu'on leur fasse, étant donné que les autres peuvent choisir des règles en fonction de valeurs qui ne sont pas les miennes, mais dont « je » dois pouvoir supposer qu'elles sont l'expression de leur liberté : si quelqu'un ne souhaite pas être soigné par un médecin du sexe opposé, il faut accéder à sa demande, selon ce principe. Il s'agit d'une éthique kantienne, moins la supposition de valeurs communes et universelles au nom desquelles la réciprocité est

envisageable, plus la supposition de valeurs diverses, ou d'un contexte multiculturel, qu'il va s'agir pour le médecin d'intégrer à son comportement, voire de comprendre de l'intérieur, pour tenter de comprendre aussi, par là, les motivations du patient ou des patients qui adoptent ces valeurs, car il faut comprendre qu'une liberté se détermine en fonction d'elles.

Ce principe d'autonomie intervient comme un enjeu décisif dans le cas de l'hyménorrhaphie, et d'abord au niveau de l'autonomie comprise comme choix libre. Par exemple, une femme accompagnant son amie chez le médecin, la veille de son mariage, pour une telle opération, continue de s'interroger quant au caractère libre ou contraint du choix de celle-ci.

Ce cas montre qu'il ne suffit pas de savoir si la patiente décide de faire une hyménorrhaphie, mais si quelqu'un l'y contraint ou si la société l'y contraint. La distinction entre les deux derniers facteurs est essentielle, car il y a toujours une pression sociale diffuse, qui s'intègre dans les choix libres, et la question est toujours de savoir si quelqu'un relaie cette pression sociale pour l'imposer au sujet, pour la lui conseiller. Dans ces deux cas, si différents soient-ils, il s'agit de savoir si le patient dispose du temps et de la possibilité d'intégrer cette pression ou de la refuser. Prenons un autre cas largement étudié : une femme européenne qui demande une opération de chirurgie esthétique non-réparatrice cède sans doute à un modèle social de représentation de la femme, – peut-être même son conjoint soutient-il cette demande ou non – mais la question est de savoir si elle a intégré cette décision, si elle se l'est appropriée. Dans le cas de l'hyménorrhaphie, cette question est d'autant plus brûlante que la virginité qu'elle est censée rétablir est l'objet d'une intense pression sociale ou familiale.

Bien que la part de la pression sociale sous toutes ses formes soit indiscutable dans ce cas, on est en droit de s'interroger : et si l'hyménorrhaphie est une condition d'un bon mariage, de réussite sociale ou personnelle ? Et si c'est une demande inconditionnelle de l'homme avant le mariage, mais qu'après le mariage, d'autres demandes de ce type, aussi aliénantes, n'apparaissent plus, alors ce choix peut-il être légitime ? Par ailleurs, si la patiente est pauvre, marginalisée, en difficulté de quelque point de vue que ce soit, et si l'hyménorrhaphie est un moyen de réinsertion sociale par le mariage, que faut-il en penser ? Est-ce un défaut d'autonomie parce que les contraintes extérieures, financières, matérielles pèsent de manière déterminante, ou est-ce le choix de « s'en sortir » par des moyens qui ne sont pas approuvés directement par la patiente, mais indirectement ? Même si la question touche sans doute à des considérations d'ordre trivial ou prosaïque, et est peut-être indécente, elle doit être posée. Autre configuration : une patiente vient accompagnée de son conjoint pour faire la demande d'une telle opération, car elle correspond à un fantasme, une manière de porter au pinacle le désir de ceux qui vont se marier. Il semble que l'on ait affaire en l'occurrence à une décision en tous points autonome. Toutefois, ce qui semble *a priori* indiscutable est loin de l'être au sein même de la profession médicale. On a le cas de deux médecins avec le même profil social, le même parcours scolaire, dont l'un refuse les demandes esthétiques au motif qu'il s'agit d'un luxe et que, dans ce cas, à travers l'opération, il n'aide ou ne « sauve » personne, et dont l'autre les accepte comme relevant de la liberté individuelle – en même temps, ce dernier est contre l'hyménorrhaphie comme résultant d'une contrainte sociale exercée sur les gens.

La question de la valeur qui motive le choix de l'opération, au-delà de la question de la liberté de choix, est peut-être encore plus intéressante, d'autant plus que l'on travaille ici dans un milieu de coexistence de valeurs multiples, traditionnelles islamiques, « occidentales », modernes. Par exemple, le choix d'arriver vierge au mariage peut sembler correspondre à une éthique musulmane (sous l'aspect suivant : il faut arriver vierge à son premier mariage.), mais, en même temps, le fait de contrefaire cette virginité s'en dissocie radicalement. Mais, là encore, la situation est loin d'être claire, car on pourra dire qu'il vaut mieux un maintien de

l'islam comme culture dominante avec une virginité sciemment contrefaite plutôt qu'une « américanisation » de la vie publique.

Sous un autre aspect, le choix de se soumettre à une telle opération peut passer pour obscurantiste, « non-occidental », mais il est aussi et peut-être surtout la seule manière pour les femmes de vivre une vie sexuelle avant le mariage tout en accédant aux conditions sociales du mariage, c'est-à-dire de vivre plus pleinement leur vie de femme. On en passe ainsi par un moyen apparemment traditionnel pour satisfaire à une conduite d'autonomie moderne, - elle-même relative, puisque rien de tout cela ne peut se faire dans la transparence. Le fantasme lui-même, qui intervient dans certaines demandes, semble être le choix, moderne et « occidental », de développer sa vie sexuelle dans l'ordre du jeu partagé, mais il repose peut-être aussi, dans les représentations mobilisées de la virginité comme fantasme sexuel d'un certain type, sur *des représentations religieuses ou sociales*. Nous pouvons conclure de ce mouvement de réflexion que, tant pour les médecins que pour les patientes, le choix ou le refus de l'hyménothérapie entrelace des motivations modernes et traditionnelles, religieuses ou non, qui deviennent presque indiscernables.

Car cette question de la valeur motivante concerne également le médecin : un médecin laïc libéral fera l'opération plus volontiers et sans demander à la patiente beaucoup d'argent, en considérant qu'il aide les femmes à accroître leurs possibilités de choix et que l'hyménothérapie est le seul moyen pour elles de jouir le plus pleinement de cette possibilité, dans la société telle qu'elle est donnée.

Au contraire, un médecin laïc et militant de la cause des femmes ou du féminisme en Tunisie, et non plus libéral et individualiste, pourra être très réticent en pensant qu'il faut lutter contre les représentations ou les valeurs qui amènent à l'opération et ne pas s'y soumettre trop facilement, ou encore que la clandestinité de l'opération est moins bonne que la publicité donnée au combat contre elle et contre les valeurs qui y mènent, et que l'une est incompatible avec l'autre ; mais il pourra parfois accepter en estimant que, « provisoirement », c'est un pis-aller et que les conditions ne sont pas réunies pour une meilleure alternative. Un médecin musulman pratiquant pourra choisir de la même manière que le médecin laïque militant, c'est-à-dire de ne pas faire l'opération, bien que la motivation soit aux antipodes : ne pas laisser la tromperie et l'hypocrisie s'introduire dans la religion. Un médecin simplement croyant pourra laisser le choix religieux dans la sphère privée et considérer qu'ainsi, il « aide » son prochain ou sa sœur.

En outre, la dimension de la contrainte pure et simple n'est pas non plus absente de la délibération spécifique au médecin : la clandestinité de l'opération peut faire monter son prix, et le médecin pourra vouloir inciter à l'hyménothérapie dans la perspective de gains substantiels.

En résumé, l'opération elle-même, du fait de son caractère intime, clandestin, lié à une valeur centrale de la vie sexuelle et sociale, permet donc d'établir des typologies de motivation extrêmement ambiguës et variées. Elle permet de rendre plus complexe la question de l'autonomie, d'abord en montrant l'extrême difficulté qu'il y a à distinguer entre contrainte sociale ou personnelle et intégration de cette contrainte dans le choix personnel, voire l'impossibilité de fixer une frontière claire entre les deux, problème philosophique bien connu, mais qui trouve sa « confirmation » sur le plan de l'action sociale. En outre, l'hyménothérapie permet de poser à nouveaux frais la question du multiculturalisme⁴, qui est au point de départ de la réflexion bioéthique, laquelle ne cherche pas des normes morales universelles introuvables, mais – et c'est plus intéressant – des modes de comportement régulés face à la présence de normes et de valeurs plurielles. En effet, et ceci s'applique

particulièrement à la Tunisie, la mise en rapport de valeurs diverses ne se recoupe pas forcément avec la distinction d'acteurs divers, sur le principe « une valeur, un individu », mais s'effectue, avec une intensité sans doute inégalée en Tunisie – du moins à Tunis – à l'intérieur d'une même personne.

Enfin, la question de la compréhension des valeurs mises en jeu dans une pratique qui semble étrange à un occidental ne doit pas seulement référer à la superstition, à la tradition, bref à un ensemble d'explications réductrices, mais doit, comme c'est le cas dans toute herméneutique, valoriser le point de vue de l'autre, le comprendre précisément. De ce fait, le lien entre virginité, fantasme et culture doit être exploré pour faire ressortir les formes positives de cette demande, visibles notamment à travers l'hyménorrhaphie comme cadeau ou comme stimulation de la vie sexuelle.

Il est évident que l'hyménorrhaphie pose également un certain nombre de problèmes dans le rapport aux autres concepts fondamentaux de la bioéthique : bienfaisance ou encore la non-malfaisance⁵. Si la bienfaisance consiste, dans une perspective utilitariste ou conséquentialiste (bien pour la collectivité, conséquences d'une opération pour un individu), à nuancer voire à restreindre de manière « paternaliste » l'autonomie d'un sujet, il semble que, dans le cas d'une demande « autonome » de la part d'une patiente, rien n'autorise à cette limitation, car l'opération n'a pas, au sens médical, d'implications très risquées pour la patiente – elle n'est pas bénigne, mais c'est sa clandestinité et la honte qui lui est attachée qui représentent le mal le plus grand qui lui est associé.

Du point de vue de la non-malfaisance, principe qui reformule le « non nocere » compris dans toute éthique médicale depuis ses principes hippocratiques, il semble que l'hyménorrhaphie, du fait précisément de sa clandestinité, donc de la moindre pression qui s'exerce sur le médecin, laisse la voie libre à toutes sortes d'abus, qui vont du choix d'une anesthésie générale de confort plutôt que d'une anesthésie locale meilleure pour le patient, jusqu'au non-suivi de la patiente en cas de complications ou à la surfacturation de l'opération.

Le problème de la malfaisance est en réalité directement lié à celui du droit : faut-il interdire une pratique légale, mais clandestine, du fait de ses abus et des dangers qu'elle peut faire courir à la patiente ? Ou, au contraire, faut-il, comme dans le cas de l'avortement ou de la drogue, instaurer un débat public, rendre les conditions clandestines de consommation ou d'exercice transparentes et contribuer, au-delà même de la publicité donnée à la pratique, à une officialisation de celle-ci ? Il en va ici de la question qui lie une pratique quelconque et sa constitution en un marché quand elle devient plus courante ou se répand, ce qui, semble-t-il, est le cas de l'hyménorrhaphie. Ce fut aussi le cas de la vente d'organes, qui a prêté et prête encore à un débat enflammé dans l'environnement de la bioéthique⁶. S'il est difficile de s'opposer à la demande de quelqu'un qui est informé des risques et à qui ses valeurs touchant au corps n'interdisent pas ce genre de pratique, ne faut-il pas, sans contester le caractère autonome du choix, en interdire la possibilité pratique ou technique sur le plan de la loi ou de la régulation ? Ne peut-on pas invoquer par exemple les dangers de la constitution d'un marché des organes, de la pression qu'il représenterait sur les individus et donc de l'usure de certaines valeurs liées au corps et à son intégrité ? Pour l'hyménorrhaphie, la constitution d'un marché ne doit-elle pas inciter à réfléchir à une éventuelle régulation au nom de la liberté de la femme, des dommages de la clandestinité, de l'extension du règne de la tromperie dans le mariage, etc. ? Un choix autonome est une chose, mais l'incitation à faire ce choix malgré ses propres valeurs, en renonçant à celles-ci de manière parfois trop facile ou troublante, à cause d'une marchandisation d'un secteur, est une autre chose. Le problème, dans beaucoup de domaines médicaux à l'heure actuelle réside peut-être, dans l'opposition entre autonomie et marché et moins entre autonomie et pression sociale ou autonomie et dignité de la personne.

Car il serait dommage qu'à une multiplicité de valeurs en présence se substitue la seule valeur marchande comme norme des décisions personnelles : en ce cas, l'autonomie du choix serait réduite au minimum. Bref, quand le point de vue moral est abandonné en raison de la diversité des morales incompatibles en contexte multiculturel, il semble que la réflexion éthique consiste en s'y substituant à en discuter et à en délibérer en se réglant non plus sur des normes introuvables, mais sur des critères formels qui, eux-mêmes, peuvent entrer en forte tension l'un avec l'autre. Au mieux, la bioéthique pourrait ressusciter l'habitude d'envisager les dilemmes, donc de rendre plus aiguë la conscience morale telle qu'elle est développée dans les tragédies⁷ – auquel cas, on peut tout de même se demander de quel droit elle peut se substituer à la conscience individuelle, au pire, elle pourrait n'être qu'une casuistique, fournissant des justifications à n'importe quel désir de procéder dans le domaine foisonnant de la vie. Il y a fort à parier qu'elle soit, plus encore, une habitude consistant à couvrir d'une moralité nébuleuse les choix du marché : les exemples sont nombreux et nous ne pouvons les développer ici, mais il nous est arrivé de constater bien souvent que telle ou telle évolution de la justification bioéthique correspondait exactement à la volonté de liquider une entrave au développement, souhaité plus dynamique, du « marché de la vie », entrave provoquée par la justification morale antérieure et désormais combattue. La bioéthique aurait alors pour fonction de donner une caution morale à un marché qui ne peut s'en passer pour se développer. Nous pourrions définir la bioéthique comme le cœur de ce trouble moral qui est notre « bien commun ».

Hinda Poulin, Verina Wild

- Hinda Poulin est doctorante, École des hautes études en sciences sociales.
- Verina Wild est médecin, maître assistant à l'Institut d'éthique biomédicale de l'Université de Zurich.

¹ Wild V., Poulin H., Biller-Andorno N.: Rekonstruktion des Hymens: Zur Ethik eines tabuisierten Eingriffs. *Deutsches Ärzteblatt* 2009; 106(8): A 3401.

² Comme l'a montré Ernst Tugendhat dans son livre de 1993, *Vorlesungen Über Ethik*, Suhrkamp, la morale kantienne se caractérise par le fait qu'elle innove en définissant la morale comme déontologique, autour de la règle. Sa lecture fait des deux formulations de l'impératif catégorique deux étages de la morale kantienne, l'une contractualiste - « Ne fais pas aux autres ce que tu ne veux pas qu'ils te fassent », insuffisante mais qui se concilie avec le motif d'universalité, l'autre qui complète le contractualisme par la prise en compte de l'autre comme fin. En allant plus loin, on peut dissocier ces deux étages, en notant que la prise en compte d'autrui comme fin ou comme sujet délibérant implique justement que je l'aide à réaliser ses fins, même quand elles ne sont pas les miennes et qu'apparemment, je ne les comprends pas. En contexte multiculturel, la deuxième formulation de l'impératif catégorique amènerait à fortement nuancer la première, en lui ôtant son caractère universaliste-contractualiste.

³ Arras J.D. : « The Way We Reason Now : Reflective Equilibrium in Bioethics », *The Oxford Handbook of Bioethics*. Steinbock, B. (Ed.) Oxford : Oxford University Press, 2007, p. 46-71.

⁴ Brody, H.: "Medical bioethics and cultural diversity". *Indian Journal of Pediatrics*, 1997, 64 (3).

⁵ Beauchamp T, Childress JF (2009) : *Principles of Biomedical Ethics*. 6th edition. Oxford University Press, Oxford/New York.

[6](#) Rid, A et al : Would you sell a kidney in a regulated kidney market? Results of an exploratory study. J Med Ethics. 2009 Sep;35(9):558-64.

Bakdash T, Scheper-Hughes N : Is it ethical for patients with renal disease to purchase kidneys from the world's poor? PLoS Med. 2006 Oct;3(10):e349.).

[7](#) A la manière de Rodrigue, qui aigüise dans ses stances l'opposition entre amour et devoir, sans trouver une solution satisfaisante, la réflexion bio-éthique nous laisse devant une série d'alternatives – par exemple entre modernité et tradition, autonomie et société, etc., alternatives pour lesquelles elle donne des fils conducteurs pour poser le problème – comme Rodrigue dans les stances, mais aucune recette ne permettant de dénouer le dilemme. C'est à vrai dire, en un temps de disette morale, ce qu'on peut exiger de mieux de la bioéthique: revivifier certains dilemmes. Dans la plupart des cas, force est de constater qu'elle n'en est pas là.