

Le consultant en éthique médicale : quel statut? quel rôle ?

STÉPHANE COURTOIS : *Université du Québec à Trois-Rivières*

Depuis ses débuts dans les années 1970 jusqu' à nos jours, le travail de consultation éthique dans les hôpitaux des États-Unis et du Canada - qu'il soit accompli par les philosophes, les théologiens ou les médecins eux-mêmes - est source de litiges et un manque de consensus persiste toujours sur le rôle et le statut du consultant en éthique clinique. Je passerai outre le rappel des débats qui ont eu cours ces dernières années autour de ces questions, que ce soit aux États-Unis¹ ou ici même au Québec². J'irai droit au but : j'estime que la tâche du consultant en éthique médicale doit se limiter strictement à celle d'éducateur - tâche que j'aurai à définir plus avant dans mon texte - et, bien que n'appartenant à aucun ordre professionnel, et n'ayant aucunement à y aspirer non plus, l'éthicien clinique accomplit un travail qui se doit d'être régi par un code d'éthique précisant clairement les droits et les devoirs du consultant en éthique médicale, en vue de protéger, à la fois l'éthicien contre d'éventuelles poursuites, et le public contre les abus de pouvoir³.

Dans la première partie de mon texte, j'expliquerai pourquoi le rôle du consultant en éthique médicale doit se limiter à celui d'éducateur. Dans la seconde partie, j'expliquerai pourquoi il m'apparaît inopportun que les consultants en éthique aspirent à se constituer en ordre professionnel, et pourquoi, néanmoins, un code d'éthique⁴ me semble indispensable. En conclusion, je tirerai les conséquences de mes analyses pour ce qui est du sens et de la place qu'il convient d'accorder au travail de consultation éthique dans nos sociétés.

¹ Hubert Doucet a fait un compte rendu fort complet de la question et, surtout, de la littérature pertinente dans son livre *Au pays de la bioéthique. L'éthique biomédicale aux États-Unis*, Labor et Fides, 1996. Cf. le chapitre 5, p. 180-186.

² J'ai naturellement en tête ici toutes les questions soulevées par l'ouvrage polémique de Yvette Lajeunesse et Lukas K. Sosoé, *Bioéthique & culture démocratique*, Montréal, L'Harmattan, 1996. Cf. également, de Sosoé : "Éphéméride d'un concept : l'éthique appliquée et son destin postmétaphysique", dans A. Lacroix et A. Létourneau (dir.), *Méthodes et interventions en éthique appliquée*, Montréal, Fides, 2000, p. 201-222. Pour un point de vue radicalement opposé, cf. Georges A. Legault, "Vers la professionnalisation des intervenants en éthique appliquée?", dans Lacroix et Létourneau, *Méthodes et interventions*, p. 171-189.

³ La position que je défendrai s'inspire surtout, comme on le verra, de celles développées il y a quelques années par les auteurs suivants : Giles R. Scofield, "The Problem of the Impaired Clinical Ethicist", *Quality Review Bulletin*, 18 / 1, 1992, p. 26-32 et, du même auteur, "Ethics Consultation : The Least Dangerous Profession?", *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2 / 4, 1993, p. 417-426; Michael Yeo, "Prolegomena to Any Future Code of Ethics for Bioethicists", *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2 / 4, 1993, p. 403-415; Arthur L. Caplan, "Moral Experts and Moral Expertise : Do Either Exist?", dans B. Hoffmaster, B. Freedman & G. Fraser (dir.), *Clinical Ethics : Theory and Practice*, Clifton, The Humana Press, 1989, p. 59-87; Françoise Baylis, "Persons with Moral Expertise and Moral Experts : Wherin Lies the Difference?", *ibid.*, p. 89-99; Benjamin Freedman, "Bringing Codes to Newcastle : Ethics for Clinical Ethicists", *ibid.*, p. 125-139. Mes positions rejoignent également, sinon dans la lettre, du moins dans l'esprit, celles de Lukas Sosoé, quoique mon argumentation sera différente.

⁴ Au cours de mon texte, l'expression "code d'éthique" désignera le mode d'encadrement des activités de service n'appartenant pas obligatoirement à ordre professionnel et l'expression "code de déontologie" désignera l'encadrement des activités professionnelles, celles par exemple régies par le code des professions. J'utiliserai cependant l'expression "règles de déontologie" sans faire de distinction entre les deux.

1. Quel doit être le rôle du consultant en éthique médicale?

Un premier enjeu majeur des discussions sur la consultation éthique en milieu hospitalier porte sur l'identification du rôle du consultant en éthique médicale. Il convient ici de distinguer les considérations plutôt descriptives, fondées sur l'expérience des éthiciens dans les institutions hospitalières, qui consistent la plupart du temps à rendre compte, à la manière de témoignages, des tâches qui ont effectivement été accomplies par eux au cours des vingt ou trente dernières années, des considérations normatives, qui consistent à se demander ce que *devrait être*, au juste, le rôle du consultant. On peut dire que la seconde question s'impose du fait du manque de clarté des considérations descriptives.

Quelles sont, en effet, les tâches le plus souvent mentionnées par les consultants en éthique médicale lorsqu'on leur demande quel est le rôle de la consultation éthique? J'indique ici les principales fonctions habituellement mentionnées, pêle-mêle et sans me préoccuper pour le moment des questions normatives :

1. Le consultant en éthique médicale a un rôle d'arbitre à jouer lors des conflits et des disputes susceptibles de surgir, que ce soit entre les intervenants de l'équipe médicale, ou entre ceux-ci et le patient.
2. Le consultant en éthique médicale a à jouer un rôle d'"activateur" des discussions à teneur éthique (séminaires, tournées de discussion éthique dans les unités de soin, etc.).
3. Le consultant en éthique médicale est un "articulateur" : il amène les membres de l'équipe clinique (ou du comité d'éthique) à préciser la nature de leurs préoccupations à propos d'un cas clinique, à exprimer leur point de vue, de manière à éviter qu'un problème récurrent ne se reproduise.
4. Le consultant en éthique médicale est également un analyste : il dégage les conceptions éthiques sous-jacentes aux préoccupations exprimées en (3), il clarifie les valeurs, les normes morales et légales, etc.
5. Il est de plus ce qu'on pourrait appeler un "avocat de la moralité" : il se doit de trouver la solution la plus impartiale possible lorsqu'il y a conflit de valeur ou d'intérêt, que ce soit entre les membres de l'équipe médicale à propos de la marche à suivre dans une situation donnée, entre ceux-ci et l'hôpital, entre ceux-ci et le patient (ou son représentant), etc.
6. Le consultant en éthique est un promoteur de l'"éducation active" : il peut confronter les cliniciens à un point de vue différent du leur de manière à les amener à reconsidérer leur interprétation d'un cas clinique.
7. Le consultant en éthique est un conseiller, que ce soit dans la prise de décision clinique, dans l'élaboration de la politique éthique de l'hôpital, dans l'élaboration de protocoles, de lignes directrices, etc.
8. Le consultant en éthique peut offrir son support émotionnel, tant aux professionnels qu'aux patients, lors de situations éprouvantes.

9. Le consultant en éthique fait souvent office, en particulier lorsqu'il a une formation en théologie, de guide spirituel pour les personnes souffrantes⁵.

Compte tenu de cette abondance de descriptions du rôle accompli par le consultant en éthique clinique (et naturellement, j'omets ici plusieurs autres rôles qui lui sont souvent attribués), il est indispensable qu'une discussion s'enclenche sur des considérations davantage normatives : au sein de cette énumération, quel est ou quels sont le ou les rôles essentiels qui *devraient* revenir en propre à l'éthicien clinique (dans l'optique par exemple d'une formation de futurs éthiciens cliniques)? La réponse à cette question est déterminante et on peut dire que de cette réponse dépendent d'autres réponses à une série d'autres questions non moins troublantes. Les multiples rôles du consultant ont-ils et doivent-ils tous avoir une nature "éthique"? L'éthicien n'est-il pas lui aussi susceptible d'être victime de conflits de valeurs et d'intérêts? Doit-il, lors d'une consultation, et en particulier lorsqu'on lui reconnaît le rôle de conseiller, donner son point de vue personnel? Quel est l'impact de ses suggestions sur les décisions prises?

Je ferai ici un rapide tour d'horizon des principales tentatives de classification de la mission de l'éthicien clinique (1). Après quoi, je prendrai position et ferai valoir, comme je l'ai déjà annoncé, que la tâche de l'éthicien doit se concentrer exclusivement sur la mission éducative et que ce point de vue permet le mieux de répondre aux questions embarrassantes précédentes (2).

(1) Tout d'abord, à la question de savoir quel est ou quels sont les rôles, à l'intérieur de l'énumération précédente, devant revenir en propre au consultant en éthique médicale, force est de constater l'absence flagrante de consensus dans la littérature sur la question. Comme je vais le montrer ici, cette situation est selon moi imputable au fait qu'on a du mal à cerner la nature proprement "éthique" du travail de consultation.

Les contributions que l'on retrouve dans l'ouvrage collectif, paru en 1989, consacré au rôle de la consultation éthique en milieu hospitalier, ouvrage important co-édité par des personnalités influentes dans le monde de la bioéthique (John C. Fletcher, Norman Quist et Albert R. Jonsen), ne font selon moi aucunement avancer le débat, mais brouillent au contraire les pistes. Les articles de Fletcher & Boverman⁶, d'Anne J. Davis⁷, de James F. Drane⁸ et de A. J. Jonsen⁹, par delà le point de vue développé par chacun, ont un point en commun : l'aspect éthique du travail des consultants ne ressort pas clairement et pour expliciter ce rôle, ils recourent le plus souvent à leur expérience sur le terrain et à des analyses de cas. Les auteurs restent désespérément

⁵ Les tâches (1) à (7) sont énumérées telles quelles par Robert Baker dans son texte "The Skeptical Critique of Clinical Ethics", dans Hoffmaster, Freedman & Fraser, *Clinical Ethics: Theory and Practice*, p. 44-51. Les tâches (8) et (9) sont mentionnées par Terrence F. Ackerman dans son texte "Conceptualizing the Role of the Ethics Consultant: Some Theoretical Issues" dans John C. Fletcher, Norman Quist & Albert R. Jonsen (dir.), *Ethics Consultation in Health Care*, Ann Arbor, Health Administration Press, 1989, p. 39.

⁶ J. Fletcher & M. Boverman, "The Evolution of the Role of an Applied Bioethicist in a Research Hospital", dans Fletcher, Quist & Jonsen (dir.), *Ethics Consultation in Health Care*, p. 85-98.

⁷ Anne J. Davis, "Ethics Consultation with Hospital Employees in Complex Medical Settings", *ibid.*, p. 109-116.

⁸ James F. Drane, "Hiring a Hospital Ethicist", *ibid.*, p. 117-133.

⁹ Albert R. Jonsen, "Mrs. Moore and the Doctor of Philosophy", *ibid.*, p. 149-154.

enfouis dans la dimension descriptive et leurs études souffrent de l'absence d'une perspective normative claire. Ce qui néanmoins ressort de leurs travaux, c'est la chose suivante : ce qui reviendrait en propre au consultant en éthique est tout l'aspect "humain" des relations avec le patient, avec la famille ou avec les infirmières longtemps négligé par la pratique médicale. La consultation éthique aurait principalement pour fonction de sensibiliser les médecins au fait que le patient n'est pas qu'un corps qu'il faut soigner ou guérir, mais une personne qui doit être reconnue en tant que telle et qui mérite le respect. Si le principe du respect de la personne a un sens indéniablement éthique, le rôle du consultant n'a pas, quant à lui, qu'un sens éthique, et les auteurs ne semblent aucunement s'en rendre compte. Les aspects humains négligés par l'intervention clinique mais pris en compte par la consultation éthique sont multiformes et débordent les seules frontières de l'éthique au sens étroit : support émotionnel, travail de coordination des activités des intervenants et de médiation en vue de faciliter la communication entre les professionnels de la santé, résolution des conflits entre les membres de l'équipe clinique ou entre le médecin et le patient : voilà un ensemble de tâches, correspondant grosso modo aux rôles (1), (3), (6) (8) ou (9) de ma liste initiale, qui n'ont pas de sens *spécifiquement éthique*, c'est-à-dire qu'elles pourraient parfaitement être accomplies par des personnes (prêtre, avocat, psychologue, travailleur social, ombudsman, etc.) n'ayant pas de formation spéciale, académique, en éthique. Bref il n'y a, dans ces études, outre les informations sur le travail de consultation éthique accompli *de facto* depuis des années dans le monde médical, aucune perspective normative permettant de sélectionner et de discriminer, parmi toutes les tâches énumérées, celles qui méritent de figurer au nombre de celles devant idéalement être accomplies par l'éthicien clinique.

Une classification plus rigoureuse nous a été proposée par une autre personnalité influente de la bioéthique, John La Puma, dans quelques articles¹⁰. Il identifie cinq rôles :

- (1') Identifier et analyser les problèmes moraux dans les soins aux patients;
- (2') Utiliser un jugement éthique éclairé dans le domaine clinique pour la résolution de ces problèmes;
- (3') Faciliter la communication entre les professionnels de la santé, la famille, le patient;
- (4') Négocier et faciliter la négociation;
- (5') Enseigner aux médecins et aux étudiants en médecine comment identifier, analyser et résoudre des problèmes similaires dans des cas similaires.

Pour La Puma, le consultant en éthique "idéal" se doit donc d'être à la fois un gestionnaire de cas ("case manager"), un avocat, un conseiller, un négociateur et un éducateur. Encore une fois, cependant, les aspects éthiques et non éthiques sont entremêlés dans cette liste. Seuls (1'), (2') et (5') ont, tout au moins en apparence, un sens proprement éthique. Mais on ne voit pas très bien quel sens spécifiquement éthique on doit accorder aux tâches décrites en (3') et (4') qui, à la manière des

¹⁰ J.L. La Puma & D.L. Schiedermayer, "Ethics Consultation : Skills, Roles and Training", *Annals of Internal Medicine*, 114, 1991, p. 155-160 ; J.L. La Puma & E.R. Priest, "Medical Staff Privileges for Ethics Consultants : An Institutional Model", *Quality Review Bulletin*, 18 / 1, 1992, p. 17-18.

nombreuses tâches énumérées dans ma liste initiale, pourraient très bien être accomplies par des non éthiciens.

Il me semble que la spécification la plus satisfaisante du rôle du consultant en éthique est celle que proposent les auteurs qui se concentrent principalement sur l'aspect *éthique* de la consultation. Ainsi, pour Terrence Ackerman par exemple¹¹, le rôle essentiel du consultant en éthique devrait être celui de "facilitateur" de la réflexion morale. Tout le reste (arbitre, médiateur, support émotionnel, guide spirituel, etc.) ne serait que rôles secondaires, rôles que le consultant est certes souvent amené à jouer de manière incidente au cours de son travail, mais qui ne devraient pas figurer, contrairement à ce qu'en pensent des auteurs comme La Puma ou Fletcher, au nombre des choses pour lesquelles il faudrait exiger du consultant une compétence spéciale. Robert Veatch¹² qui, on le sait, voit dans la défense des intérêts du patient la mission première de l'éthicien clinique, estime que deux rôles fondamentaux devraient être attendus du consultant dans cette mission : le rôle d'*analyste*, ayant pour assise la clarification des principes et valeurs en jeu dans une situation clinique, rôle centré avant tout sur le *processus* du raisonnement moral, et le rôle de *conseiller*, où il est cette fois demandé au consultant certaines *recommandations morales substantielles* à propos d'une marche à suivre plutôt que d'une autre.

Michael Yeo¹³, bien qu'il soit, comme on va le voir, fort éloigné des positions de Veatch, s'accorde néanmoins avec lui sur l'idée qu'il existe deux visions normatives du rôle qui est attendu du consultant en éthique : celle qui en fait un *éducateur* (correspondant à l'"enseignant" de La Puma, au "facilitateur" de la réflexion morale d'Ackerman, à l'"analyste" de Veatch) et celle qui en fait un *conseiller* ou un *interveneur* ("intervenor").

La question non résolue consiste à savoir si ces deux visions sont complémentaires (La Puma, Veatch, Ackerman, par exemple, semblent le croire), ou si elles sont exclusives, nous mettant en situation de devoir trancher entre l'une et l'autre. En accord avec Michael Yeo et Giles Scofield, je soutiendrai ici que le paradigme de la consultation éthique en milieu clinique doit être celui de l'éducation, et non celui de l'intervention.

(2) Comme l'a montré Yeo¹⁴, il existe deux visions différentes de l'autorité en éthique : la vision ancienne, qui remonte à Platon, où l'autorité morale repose sur la *connaissance* du bien, connaissance qui n'est pas possédée par tous, mais par une élite, les philosophes (ou les théologiens), qui ont des pouvoirs épistémiques spéciaux; la vision moderne, que l'on peut faire remonter à Kant, selon laquelle personne n'est mieux équipé en termes d'expertise morale qu'un autre, la compétence morale étant possédée par tous, cela étant une condition indispensable à toute société démocratique.

Bien que la plupart des bioéthiciens et consultants en éthique se réclament de la deuxième conception (quoique la chose ne soit pas si claire qu'on pourrait le croire au

¹¹ Terrence F. Ackerman, "Conceptualizing the Role of the Ethics Consultant : Some Theoretical Issues", p. 38-39.

¹² Robert M. Veatch, "Clinical Ethics, Applied Ethics, and Theory", dans Hoffmaster, Freedman & Fraser (dir.), *Clinical Ethics : Theory and Practice*, p. 10-16. Veatch distingue également un troisième rôle, celui d'"adversaire", que je ne prendrai pas en considération ici.

¹³ Michael Yeo, "Prolegomena to Any Future Code of Ethics for Bioethicists", p. 411-413.

¹⁴ *Ibid.*, p. 406-407.

préalable¹⁵), ils peuvent être l'objet d'un "transfert d'autorité", que ce soit de la part du personnel médical ou du patient, ceux-ci se déchargeant du poids moral de leurs décisions qu'ils confient à l'"expert" en éthique. En d'autres termes, même si les consultants en éthique ne prétendent imposer aucune décision, ne se voient eux-mêmes que comme des conseillers qui aident les autres à prendre des décisions, ils sont, qu'ils le veuillent ou non, dans une position d'autorité : ceux qui ont recours à leurs services "croient" en leurs recommandations, non pas comme en de simples avis inoffensifs en provenance de personnes ordinaires, mais en tant que *conseils d'experts* qui ont autant d'autorité que ceux qui seraient proférés par un médecin¹⁶. On peut dire que le syndrome "parler en tant que", selon l'expression de Veatch¹⁷, s'applique alors non seulement au cas du médecin - syndrome consistant dans ce cas à user de l'expertise dans un domaine, celui de la médecine, pour faire des recommandations dans un autre domaine, celui de la morale, où il n'y a pas d'experts, le médecin usurpant de ce fait l'autorité du patient et abusant de sa propre autorité de médecin - mais également au cas du consultant en éthique. Le syndrome consisterait encore une fois à user de l'expertise dans un domaine pour faire des recommandations dans un autre où il n'y a pas d'expertise. Quels sont ces domaines?

Selon moi, le consultant en éthique est (et devrait se limiter à rester) un expert en *éducation morale*, c'est-à-dire, ou bien dans la transmission des conceptions morales qui ont jalonné notre histoire, ou dans celle des points de vue éthiques actuellement dominants sur une question donnée, ou encore dans la transmission d'une méthode de raisonnement moral, d'une méthode d'analyse et de clarification des normes, valeurs, etc. en jeu dans une situation. Mais il n'est aucunement (et ne devrait aucunement aspirer à devenir) expert en matière de prise de décision, en matière de conseil, en matière d'intervention par rapport à un cas. Bref : il est, pour tout ce qui touche à la connaissance du bien ou du mal dans une situation donnée, et à la meilleure marche à suivre en ce cas, aussi ignorant que n'importe quel profane. Le syndrome "parler en tant que" consisterait donc ici, pour tous ceux qui ont recours aux services du consultant en éthique, à prendre son expertise en ce qui touche la connaissance des

¹⁵ Une étude de Donnie J. Self et Joy D. Skeel a en effet montré qu'une majorité de bioéthiciens (les deux tiers des répondants à l'enquête) considèrent que les valeurs sont objectives, non subjectives, et qu'elles sont connaissables (cf. D.J. Self & J.D. Skeel, "A Study of the Foundations of Ethical Decision Making of Clinical Medical Ethicists", *Theoretical Medicine*, 12 / 2, 1992, cf. en particulier les tableaux résumant les résultats de l'enquête, p. 120-121). Ces réponses sont-elles l'expression d'un réalisme axiologique, signifient-elles la croyance en un ordre de valeurs objectif accessible à ceux qui ont les facultés ou les dispositions cognitives appropriées? Pas nécessairement. Mais on est en droit de présumer qu'il existe beaucoup plus de bioéthiciens qu'on ne le pense qui penchent du côté du premier modèle d'autorité en éthique.

¹⁶ Au Québec, la conception dialogique du travail du consultant développée, il y a quelques années, par les membres du GRÉM à partir des travaux de Habermas, ne semble pas tenir compte de ce fait. D'une part, ils confient à l'éthicien un rôle de "médiateur" dans les délibérations des comités d'éthique. Mais d'autre part, ils refusent toute position de neutralité de sa part et l'autorisent à intervenir et à donner son point de vue. Je doute que, en vertu de la position d'autorité dont jouit l'éthicien en matière d'éthique, l'une des conditions premières au dialogue énumérées par Habermas, la symétrie des participants, puisse être satisfaite. Cf. Marie-Hélène Parizeau (dir.), *Hôpital et éthique. Rôles et défis des comités d'éthique clinique*, Les Presses de l'Université Laval, 1995, cf. en particulier le chapitre 6, p. 162-164 et tout le chapitre 7, p. 176-189.

¹⁷ Robert M. Veatch, "Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age", *Hasting Center Report*, 1972, 2 / 3, p. 5-7.

théories morales et les méthodes du raisonnement moral pour une expertise dans la connaissance du bien et du mal, et pour le consultant lui-même, à utiliser cette expertise, non pour éduquer les autres à penser par eux-mêmes et à prendre leurs propres décisions en toute autonomie, mais pour leur donner, peut-être inconsciemment, l'illusion d'un savoir qu'ils ne posséderaient pas et qui justifierait le besoin du consultant en éthique.

C'est ce syndrome qui, selon moi, rend les rôles d'éducateur et de conseiller (ou d'"interveneur") incompatibles et c'est la raison pour laquelle j'estime que l'éducation, et l'éducation seule, doit constituer le paradigme du rôle du consultant en éthique clinique. Comme j'aimerais le montrer ici, il existe une série de bons arguments en faveur de ma position.

Argument (1) : Faire de l'éducation le paradigme du rôle du consultant en éthique clinique est la meilleure façon de spécifier la nature proprement éthique de ses interventions.

Comme je l'ai expliqué en référence à ma liste de rôles, il existe une ambiguïté quant à la nature éthique du travail du consultant et bon nombre des choses accomplies par lui n'ont pas une signification spécifiquement éthique. Sitôt que l'on s'attarde sur cette liste, on constate que seuls quelques rôles pourraient éventuellement figurer à titre de tâches que seule une personne ayant une formation en éthique pourrait accomplir : (2), (4), (5) et (7). Encore ici, les choses ne sont pas si simples. (5) peut-être considéré comme un aspect plus particulier de (1), disons comme le volet plus proprement éthique de la tâche plus globale de médiateur, pouvant être accomplie par quelqu'un d'autre que l'éthicien. Quant à la tâche (7), on sait que nombre de professionnels n'ayant aucune formation en éthique (avocats, administrateurs, psychologues, médiateurs, etc.) sont souvent embauchés à titre d'experts conseils et d'aides à la décision dans les organisations publiques ou privées. On ne voit pas pourquoi il en serait autrement dans les hôpitaux, à partir du moment où les experts en matière de prise de décision ont une connaissance suffisante du milieu clinique et des problèmes qui s'y vivent. Comme on le voit, si l'on veut vraiment spécifier la nature proprement éthique du travail de consultant, ne reste que les tâches (2) et (4), qui se ramènent au travail d'éducateur et que seul l'éthicien peut accomplir adéquatement. Faire de l'éducation le paradigme du rôle du consultant, ce n'est naturellement pas exclure tous les autres rôles qu'il peut être amené à accomplir incidemment, mais c'est : (a) se donner les instruments permettant de spécifier quels sont ses rôles *primaires* et ses rôles *secondaires* et (b) se donner des critères de sélection permettant de rejeter les rôles incompatibles, ou difficilement compatibles, avec celui d'éducateur, comme celui de conseiller.

Argument (2) : Faire de l'éducation le paradigme du rôle du consultant en éthique clinique est la meilleure façon d'éviter les conflits d'intérêts.

Comme l'a bien montré Giles Scofield dans certains de ses textes¹⁸, les consultants en éthique ne sont pas moins que les autres professionnels à l'abri des conflits d'intérêts, *a fortiori* lorsqu'ils perçoivent leur rôle comme celui de conseiller. À qui, en effet, ont-ils un devoir de loyauté lorsqu'ils donnent leur avis et apportent leurs recommandations? À l'équipe clinique (ou au comité d'éthique) au sein de laquelle ils évoluent? À l'institution hospitalière qui fait appel à leurs services? Au patient? Si, comme le pense Veatch¹⁹, le rôle de l'éthicien clinique est avant tout destiné aux "preneurs de décision primaires" que sont les patients plutôt qu'aux "preneurs de décision secondaires" que sont les membres de l'équipe clinique, si les patients sont, selon lui, les premiers clients des éthiciens cliniques, ceux dont les intérêts doivent être protégés et défendus par-dessus tout autre, il devient alors presque inévitable, comme il le craint lui-même²⁰, et comme le craint également de manière encore plus explicite Scofield²¹, que le consultant en éthique soit placé dans une situation de conflit d'intérêts. Situation qui risque de compromettre à la fois son rôle de médiateur impartial (les rôles (1) et (5) dans ma liste) et son rôle de conseiller dans les prises de décision de l'équipe clinique, ou même dans l'élaboration des lignes directrices de l'hôpital (rôle (7) dans ma liste).

En restreignant son rôle à celui d'éducateur, et en rendant explicite, par exemple dans un code d'éthique (je reviendrai la-dessus), que ses tâches *primaires* se limitent à l'aspect pédagogique exclusivement, le consultant en éthique se verrait délesté du fardeau qu'impliquent les rôles d'"expert en médiation", d'"expert-conseil", d'"aide à la décision" et des conflits d'intérêts qui risquent presque inévitablement de surgir en de tels cas.

Argument (3) : Faire de l'éducation le paradigme du rôle du consultant en éthique clinique est la meilleure façon pour celui-ci de demeurer impartial et d'éviter d'imposer ses vues propres en matière de valeurs.

Le consultant en éthique devrait-il donner son opinion personnelle lorsque celle-ci est requise? La plupart des auteurs qui ne voient pas de conflit manifeste entre le rôle d'éducateur et celui de conseiller (ou d'"interveneur") estiment que oui, tout au moins à un certain degré.

Veatch, par exemple, estime que le consultant, principal avocat des intérêts du patient, devrait conseiller celui-ci et même aller jusqu'à lui faire des recommandations axiologiques substantielles²². Ackerman pense de son côté, non seulement que le consultant peut parfois jouer le rôle de guide spirituel, mais qu'il doit également recommander la décision qui, selon ses connaissances, exprime le mieux le consensus social existant à l'intérieur d'une communauté donnée²³. Walter Edinger, dans un

¹⁸ Giles R. Scofield, "The Problem of the Impaired Clinical Ethicist", p. 29 et "Ethics Consultation : The Least Dangerous Profession?", p. 420-421.

¹⁹ Robert M. Veatch, "Clinical Ethics, Applied Ethics, and Theory", p. 16-20.

²⁰ *Ibid.*, p. 18.

²¹ Giles R. Scofield, "The Problem of the Impaired Clinical Ethicist", p. 29.

²² Robert M. Veatch, "Clinical Ethics, Applied Ethics, and Theory", p. 12 *sq.*

²³ Terrence F. Ackerman, "Conceptualizing the Role of the Ethics Consultant : Some Theoretical Issues". p. 46-47. Cf. également, du même auteur : "Moral Problems, Moral Inquiry, and Consultations

article au titre des plus explicites²⁴, croit quant à lui, se distanciant quelque peu des positions d’Ackerman sans cependant en renier l’esprit, que le consultant devrait faire davantage que de répéter le point de vue qui fait consensus, qu’il devrait exprimer son propre point de vue même lorsque celui-ci s’écarte de l’opinion consensuelle, en autant qu’il expose les arguments en faveur de chaque position. Finalement, pour Thomasma²⁵, le consultant peut et doit faire des recommandations substantielles, puisque, selon lui, celles-ci reposeraient sur un ensemble de valeurs susceptibles d’être débattues rationnellement. Les jugements axiologiques sur lesquels se fondent les recommandations éthiques seraient, selon lui, “suffisamment objectifs” pour faire l’objet d’une discussion disciplinée.

Tous ces auteurs, valorisant avec optimisme les tâches de conseiller et d’“interveneur” dans le travail de consultation en éthique médicale, commettent selon moi plusieurs erreurs.

Tout d’abord, certains d’entre eux (Thomasma au premier chef) semblent s’appuyer implicitement sur une forme de réalisme axiologique soutenant l’existence d’un ordre de valeurs objectif indépendant de nous. On retourne ici à la vision platonicienne de l’autorité morale, où les philosophes ont un accès épistémique privilégié à cet ordre hiérarchisé de valeurs, vision qui m’apparaît incompatible avec celle qui anime nos sociétés démocratiques. On retourne également ici à certaines positions en ontologie morale qui sont loin de faire consensus.

En second lieu, bien qu’ils reconnaissent l’existence de désaccords axiologiques en éthique, la plupart des auteurs mentionnés précédemment semblent minimiser leur importance et les conséquences de tels désaccords pour le rôle éventuel de “conseiller” en éthique médicale. Lorsqu’il y a conflit entre les valeurs du consultant et celles, majoritaires, des membres de l’équipe médicale, du comité d’éthique ou de l’institution hospitalière (par exemple au sujet de l’avortement, au sujet des ressources à allouer à certains patients, etc.), les auteurs ne semblent pas voir le dilemme qui attend le consultant en éthique : si, anticipant un désaccord important, il ne donne pas son opinion, il risque de décevoir les attentes placées en lui, puisque c’est précisément parce que l’institution ou les membres de l’équipe médicale (ou du comité d’éthique) sont incertains de la chose à faire qu’on fait appel à lui à titre de “conseiller”; s’il donne son opinion, et qu’elle se révèle aux antipodes de leurs orientations morales les plus fondamentales, il risque cette fois de s’aliéner leur confiance.

Finalement, tous les auteurs semblent passer sous silence le syndrome “parler en tant que” dont j’ai parlé tout à l’heure (sur ce point, les positions de Veatch lui-même manquent quelque peu de cohérence). Les “suggestions” des consultants en éthique ont souvent plus de poids qu’ils sont prêts à l’admettre eux-mêmes, elles sont la plupart du temps perçues comme des “conseils d’experts” qui influencent inévitablement le jugement des intervenants en milieu hospitalier, ceux-ci étant naturellement portés - à moins d’une incompatibilité axiologique profonde - à se

in *Clinical Ethics*”, dans Hoffmaster, Freedman & Fraser, *Clinical Ethics : Theory and Practice*, p. 155-157.

²⁴ Walter Edinger, “Which Opinion Should a Clinical Ethicist Give : Personal Viewpoint or Professional Consensus ?”, *Theoretical Medicine*, 13, 1992, p. 23-29.

²⁵ David C. Thomasma, “Why Philosophers Should Offer Ethics Consultation”, *Theoretical Medicine*, 12, 1991, p. 133-134 et p. 137.

décharger du poids moral de leurs décisions et de le transférer à l'“expert” en matière d'éthique.

La meilleure façon d'éviter, au plan théorique, les positions douteuses en ontologie et en épistémologie morales et, au plan pratique, les dilemmes inextricables qui attendent le “conseiller” en éthique ou les transferts d'autorité inadmissibles dans tout ce qui touche le jugement moral de chacun, est selon moi de recentrer les tâches du consultant autour du travail d'éducation exclusivement. En se limitant explicitement à des tâches éducatives, le consultant a toute chance : (a) de demeurer neutre au plan des positions fondamentales en éthique, des valeurs et des visions du monde; (b) de ne générer aucune attente quant à ses qualités d'“expert”, et donc quant à son propre point de vue sur une question morale litigieuse et (c) de ne tirer aucun pouvoir illégitime de son titre d'“expert”. Mais pour que les choses soient claires pour tout le monde, le rôle de consultant en éthique médicale doit pouvoir bénéficier d'une certaine reconnaissance institutionnelle qui désamorce à l'avance toutes les fausses attentes placées en lui. Quel est, au juste, le statut institutionnel du consultant en éthique médicale? Ou plutôt : quel devrait-il être? C'est ce dont j'aimerais traiter à présent..

2. Quel doit être le statut du consultant en éthique médicale?

S'il n'existe pas actuellement, comme je l'ai montré, de consensus sur le ou les rôles que devrait assumer le consultant en éthique médicale, il n'en existe pas davantage sur son statut. Qui est, au juste, le consultant en éthique médicale? Philosophe, théologien, médecin? Quelle doit être précisément sa formation? Et par dessus tout : les consultants en éthique devraient-ils se constituer en ordre professionnel? Autant de questions actuellement sans réponses, du moins : sans réponses faisant l'unanimité. Je soutiendrai tout de même que les consultants en éthique médicale ne devraient pas aspirer à se constituer en ordre professionnel (1) mais que néanmoins, un code d'éthique est indispensable pour l'encadrement de cette activité de service (2).

(1) Giles Scofield²⁶ a montré de très brillante façon comment le travail de consultation en éthique clinique est actuellement incapable de satisfaire aux critères élémentaires d'une profession. Quels sont ces critères? J'en retiendrai trois : (a) l'existence d'une expertise reconnue; (b) l'existence de standards reconnus permettant de juger des résultats, bons ou mauvais, d'un acte professionnel; (c) la capacité de s'autoréguler. Je pense, en accord avec Scofield, que le projet visant à une professionnalisation du travail de consultation en éthique clinique présente des lacunes importantes sur ces trois points.

(a) Tout d'abord, si l'éthique et les éthiciens sont au goût du jour, l'expertise “éthique” ou “bioéthique” dont se réclament les consultants ne jouit quant à elle, tout au moins actuellement, d'aucune reconnaissance sociale ou professionnelle, et beaucoup d'obscurités et d'ambiguïtés entourent cette notion. Quels sont les domaines de connaissance qui doivent être maîtrisés par le consultant? Anthropologie, droit, littérature, théologie, philosophie? D'autres disciplines? Médecine, biologie, psychologie? Il y a beaucoup d'équivoque ici. La formation professionnelle ne

²⁶ Giles R. Scofield, “Ethics Consultation : The Least Dangerous Profession?”, p. 417 et *sq.*

requiert-elle pas pourtant l'identification d'un corps de savoir ésotérique spécifique à maîtriser? John C. Fletcher²⁷, en réponse à cette objection, rappelle que le *Board of Directors of the Society of Bioethics* (1989) identifie cinq domaines de connaissance requis pour la consultation éthique : médecine et environnement clinique, éthique biomédicale, droit de la santé, traditions religieuses et culturelles variées, aptitudes interpersonnelles et connaissances en psychologie. Pourtant, dans un autre article²⁸, Fletcher mentionne lui-même d'autres disciplines et domaines de connaissance qui devraient être maîtrisés, dit-il, "au minimum" (at the very least) : médecine, nursing, travail social, droit, éthique, santé mentale, religion, sciences administratives et sciences du comportement!

Je pense que cette petite pointe montre assez bien que le corpus du savoir devant être maîtrisé dans le domaine de la consultation en éthique médicale est tout sauf clair. Y a-t-il, de toute manière, un type d'apprentissage, suffisamment uniforme d'un pays ou d'une culture à l'autre, certifiant l'acquisition d'une expertise "éthique" ou "bioéthique"? Quel est-il? Qui sont ceux qui doivent veiller à cet apprentissage? Combien d'années comporte la formation? Cet apprentissage est-il absolument nécessaire pour acquérir une compétence éthique? De "bonnes décisions" au plan éthico-médical sont-elles possibles sans cette formation? Comme il n'existe actuellement aucune réponse vraiment satisfaisante à ces questions embarrassantes, j'estime que l'on doit donner raison à Scofield sur ce premier point : il n'y a pas actuellement un champ d'expertise "éthique" ou "bioéthique" bien délimité et reconnu que devrait maîtriser le consultant. Pour cette raison, la professionnalisation du travail de consultation éthique m'apparaît être actuellement une entreprise fort hasardeuse.

(b) S'il n'existe pas présentement de consensus sur le curriculum du consultant en éthique et sur les ingrédients à ajouter à, ou à retirer de son domaine disciplinaire, il n'en existe pas non plus sur les critères à utiliser pour mesurer la valeur d'une consultation éthique, alors qu'il en existe normalement pour jauger de la teneur d'un acte professionnel, par exemple un acte médical. La méthodologie médicale - bien entendu, si les données cliniques sont interprétées correctement et qu'il n'y a pas d'erreur de diagnostic - doit normalement conduire à des résultats similaires, c'est-à-dire à des recommandations comparables d'un pays à l'autre et d'une culture à l'autre, quelles que soient les croyances personnelles des médecins en présence. Les résultats d'une consultation éthique ne sont pour leur part ni prédictibles, ni reproductibles : une consultation peut conduire à tous les résultats. Les méthodes de raisonnement moral ou les modèles de prise de décision habituellement utilisés ne garantissent que la cohérence de la délibération éthique, non l'objectivité des résultats : chacun sait que toute analyse proposée par un éthicien et toute recommandation de sa part peuvent être contestées aussitôt que sont mises en question ses prémisses éthiques. En un mot : alors qu'il n'existe pas de relativisme clinique ou médical, il existe un relativisme éthique, un pluralisme des valeurs, et le travail de consultation éthique en milieu clinique ne peut qu'en porter la marque. Comme je ne vois pas le jour où nous aurons surmonté nos différends axiologiques, je ne vois pas le jour où nous disposerons de

²⁷ John C. Fletcher, "Commentary : Constructiveness Where it Counts", *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2 / 4, 1993, p. 430.

²⁸ John C. Fletcher, "Needed : A Broader View of Ethics Consultation", *Quality Review Bulletin*, 18 / 1, 1992, p. 13.

standards professionnels par rapport auxquels mesurer le caractère “éthique” des soins aux patients, faisant largement consensus et auxquels le consultant pourrait recourir, de manière comparable, par exemple, aux standards cliniques par rapport auxquels sont mesurés les actes médicaux. Pour cette raison, le projet de professionnalisation du travail de consultation en éthique médicale m’apparaît présenter une autre faiblesse de taille.

À cette objection, certains auteurs, tels Thomasma²⁹, ont répondu qu’il existerait, et ce de manière croissante dans nos sociétés, un consensus sur certains standards éthiques relatifs aux soins aux patients : l’exigence de consentement éclairé, le respect de l’autonomie du patient, certaines valeurs touchant les devoirs professionnels (bienfaisance, non-malfaisance, etc.). Cela est juste mais, comme je l’ai expliqué tout à l’heure, Thomasma, comme beaucoup d’autres, me semble sous-estimer la force et l’importance des divergences axiologiques dans nos sociétés pluralistes et surestimer les rares consensus. Même en supposant l’existence d’un tel consensus, la question resterait toujours ouverte de savoir *qui*, au juste et en cas de conflit, doit juger des résultats d’une consultation éthique et trancher : le consultant? l’équipe médicale? le patient? La confiance naïve de Thomasma dans la convergence progressive de nos convictions morales autour de certaines valeurs fondamentales devant guider l’intervention clinique repose quant à elle, je l’ai montré également, sur un réalisme axiologique plus ou moins clairement affirmé, mais néanmoins tacitement présent et fort discutable.

(c) Dernière faiblesse du projet de professionnalisation de travail de consultation éthique : l’absence de réglementation claire, l’absence de normes encadrant la pratique des consultants. Tout ordre professionnel doit être en mesure de s’autoréguler, c’est-à-dire d’implanter des règles et des mécanismes de contrôle des actes professionnels destinés à protéger le public contre les actes non autorisés par la profession et contre les charlatans. De tels mécanismes n’existent pas actuellement dans le domaine de la consultation éthique. Deux questions demeurent ouvertes : Ces mécanismes sont-ils souhaitables pour la consultation éthique? En quoi devraient-ils consister? C’est à ces questions que je tenterai de répondre ici.

(2) J’estime qu’il est tout à fait souhaitable, je dirais même nécessaire, d’implanter des mécanismes de régulation et de contrôle du travail de consultation éthique. Comme l’ont entre autres montré G. Scofield³⁰ et B. Freedman³¹, les consultants en éthique ne sont pas moins que les autres professionnels à l’abri de conduites non éthiques : corruption, malhonnêteté, incompétence, abus de pouvoir, etc. Ils ne sont pas à l’abri de ce que Scofield appelle les “défaillances” (impairments) professionnelles. Il importe notamment de savoir *de quoi*, au juste, les consultants en éthique doivent, et ne doivent pas, être tenus imputables. Comme plusieurs d’entre eux se perçoivent comme des conseillers, comme des experts en matière de prise de décision, qu’advient-il dans le cas d’une mauvaise décision, par exemple dans le cas d’une intervention médicale qui

²⁹ David C. Thomasma, “Why Philosophers Should Offer Ethics Consultation”, p. 134.

³⁰ Giles R. Scofield, “The Problem of the Impaired Clinical Ethicist”, p. 27-28 et “Ethics Consultation : The Least Dangerous Profession?”, p. 420-421.

³¹ Benjamin Freedman, “Bringing Codes to Newcastle : Ethics for Clinical Ethicists”, *cf.* p. 130-131 et p. 133-134.

serait recommandée par un éthicien mais qui aurait des suites fâcheuses conduisant à une poursuite juridique par le patient, la famille, etc. Étant impliqué, à titre d’“expert”, dans la prise de décision, le consultant ne peut pas se désister au moment crucial et ne déclarer aucune responsabilité. Comme le note Scofield³², il ne peut pas être considéré tout à la fois comme un expert à qui devrait revenir le crédit des bonnes décisions, et à la fois comme un simple conseiller qui n’aurait aucunement à être tenu imputable des mauvaises décisions.

C’est donc tout à la fois pour protéger le public contre des pratiques douteuses et pour protéger le consultant lui-même contre d’éventuelles poursuites possiblement illégitimes, qu’il m’apparaît impérieux de mettre en place des mécanismes de régulation de la pratique de consultation en éthique médicale. En quoi, cependant, devraient consister ces mécanismes? Il existe sur cette question deux grandes positions dominantes.

La première position est celle défendue, entre autres, par des auteurs comme La Puma, Schiedermayer, Priest ou Fletcher. D’une part, ces auteurs contestent pour la plupart l’idée, à la base des critiques de Scofield, selon laquelle les consultants en éthique clinique auraient quelque aspiration à se constituer en ordre professionnel. Pour La Puma et Schiedermayer³³, par exemple, l’éthique clinique est une sous-spécialité de la médecine, il n’est donc pas question d’en faire une profession en tant que telle. Pour Fletcher³⁴, l’éthique clinique est avant tout une activité de service accomplie par des gens (théologiens, philosophes, avocats, médecins) appartenant déjà à des ordres professionnels. Une “profession-parapluie” d’éthique clinique ne serait selon lui aucunement nécessaire. D’autre part, et de façon tout à fait conséquente, ces auteurs estiment que l’éthique clinique, puisqu’elle s’appuie déjà sur des ordres professionnels disposant de leurs propres codes de déontologie, n’est pas une pratique qui aurait à être couverte par un autre code de déontologie distinct et indépendant. Pour Fletcher³⁵, le comité d’éthique serait une instance autonome et suffisamment responsable pouvant très bien s’acquitter des tâches d’autorégulation des pratiques de consultation éthique. D’autres, tels La Puma et Priest³⁶, ont tenté de développer un modèle institutionnel des mécanismes à mettre en place en vue d’accréditer et de certifier les compétences de l’éthicien clinique.

La seconde position est principalement représentée, au Québec à tout le moins, par des auteurs comme B. Freedman ou G. Legault³⁷. Selon eux, le travail de consultation éthique serait un mouvement social de large ampleur tendant à long terme vers l’établissement de standards de formation professionnelle et, conséquemment, vers la fixation d’un code de déontologie. C’est Freedman, cependant, qui a sans doute

³² Giles R. Scofield, “Ethics Consultation : The Least Dangerous Profession?”, p. 422-423.

³³ J. La Puma & D. L. Schiedermayer, “The Clinical Ethicist at the Bedside”, *Theoretical Medicine*, 12, 1991, p. 144.

³⁴ John C. Fletcher, “Commentary : Constructiveness Where it Counts”, p. 427-429.

³⁵ *Ibid.*, p. 430-431.

³⁶ J. La Puma & E.R. Priest, “Medical Staff Privileges for Ethics Consultants : An Institutional Model”, *cf.* en particulier le tableau, p. 19.

³⁷ Georges A. Legault, “Vers la professionnalisation des intervenants en éthique appliquée?”, dans Lacroix et Létourneau, *Méthodes et interventions*, p. 171-189. Également : *Professionnalisme et délibération éthique : manuel d'aide à la décision responsable*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 1999.

été le plus explicite jusqu'ici sur ce point. Selon lui, un "code d'éthique pour les consultants en éthique" remplirait cinq buts principaux³⁸ :

1. Il permettrait d'identifier les standards minimaux de la conduite éthique pour les consultants et de fournir des critères clairs et précis permettant de départager conduites correctes et incorrectes. Comme je l'ai mentionné tout à l'heure, Freedman estime que même l'éthicien clinique peut mentir, tromper, induire en erreur, etc. Il est donc ni plus ni moins susceptible de faute professionnelle que n'importe quelle catégorie de professionnels.
2. Un code d'éthique fournirait un guide pour la résolution des dilemmes éthiques. Encore une fois, même les consultants en éthique seraient, selon Freedman, exposés à de tels dilemmes : même le penseur le plus astucieux peut commettre des erreurs de jugement, vivre des conflits de valeur ou d'intérêts, etc., de telle sorte que ses recommandations ne sont pas infaillibles.
3. Un code d'éthique pourrait servir d'instrument d'éducation professionnelle : l'éthique clinique entraîne les consultants dans des situations morales difficiles, hors des sentiers académiques familiers aux théologiens ou aux philosophes, et un code peut servir à la formation des apprentis consultants.
4. Un code d'éthique nourrit la culture professionnelle et la reflète. Il pourrait être l'incarnation de l'"ethos" de la pratique de consultation éthique pour tous ceux qui aspirent à offrir ce service.
5. Un code d'éthique, finalement, pourrait servir à préciser ce qui, exactement, est attendu d'un bon consultant en éthique, d'un consultant "compétent", à distinguer les pratiques dont il doit être tenu imputable de celles dont il ne peut être tenu imputable. Une telle chose est loin d'être superflue compte tenu du flou qui entoure cette pratique.

Ma propre position se situe à mi-chemin entre les deux positions dominantes. En accord avec les premiers auteurs, j'estime que les consultants en éthique ne devraient pas aspirer à se constituer en ordre professionnel. C'est cependant pour des raisons entièrement différentes de celles avancées par eux, et qui n'ont rien à voir avec la provenance des consultants, ou avec la sphère disciplinaire d'où originerait l'éthique clinique, mais bien plutôt avec les difficultés qui, comme je l'ai montré, m'apparaissent intrinsèquement liées à la professionnalisation de l'éthique clinique, et surtout avec le *sens* même de cette activité qui, comme je l'ai montré - et aurai à nouveau à le préciser en conclusion - me semble essentiellement résider en un travail d'éducation.

En accord avec les seconds auteurs, cependant, j'estime que le mécanisme le plus approprié pour réguler la pratique de consultation éthique demeure le code d'éthique. Je trouve la suggestion de Fletcher de confier cette tâche de régulation au comité d'éthique assez peu convaincante : le comité d'éthique est une instance qui se doit elle aussi d'être réglementée. Le travail des membres de ces comités doit obéir à certaines règles qui lui sont propres, qui n'appartiennent à aucune des règles de déontologie régissant les professions respectives des membres, et que seul un code d'éthique peut expliciter et formaliser. Le modèle institutionnel de La Puma et Priest prêche flanc aux mêmes critiques. Le comité d'experts qui, à l'intérieur de l'institution

³⁸ Pour ce qui suit, cf. Benjamin Freedman, "Bringing Codes to Newcastle : Ethics for Clinical Ethicists", p. 130-132.

hospitalière, aurait à juger des compétences des postulants et de la qualité du travail de consultation éthique, n'est pas un tribunal neutre, sans attache : il s'agit d'une instance qui, elle aussi, se doit d'être régie par des règles de déontologie qui encadrent les décisions prises. De plus, comme l'a noté avec justesse Mark Siegler³⁹, une telle entreprise met ni plus ni moins la charrue avant les boeufs : nous ne pourrions fixer des standards de qualité à rencontrer par les éthiciens cliniques tant et aussi longtemps que nous ne nous serons pas mis au clair sur un ensemble de questions de fond comme : Quels sont les buts de la consultation éthique? Quels sont nos critères pour juger des résultats, bons ou mauvais, d'une consultation éthique? Quelles sont les aptitudes requises du consultant en éthique? La Puma et Priest font comme si ces questions étaient déjà résolues, sinon facilement solubles, ce qui est loin d'être le cas.

Comme je l'ai dit, le grand avantage d'un code d'éthique pour les éthiciens serait de remettre les boeufs devant la charrue, c'est-à-dire : offrir une première tentative de clarification des questions précédentes. Et ce n'est que dans la mesure où un tel code pourrait offrir des réponses suffisamment claires à ces questions qu'il deviendrait possible de standardiser les attentes en matière de consultation éthique au sein des institutions hospitalières.

Mon texte contient l'amorce d'une réflexion sur les pratiques permises, interdites ou obligatoires qui devraient figurer dans un code d'éthique conçu à l'intention des éthiciens cliniques. J'estime par exemple, à la lumière de mes analyses précédentes, et reprenant le modèle de Freedman :

1'. Qu'un code d'éthique devrait interdire toute forme de recommandation explicite en matière de valeurs de la part de l'éthicien clinique et la considérer au même titre qu'une faute professionnelle. La neutralité devrait être l'un des devoirs - je dirais l'une des premières vertus - du consultant en éthique médicale.

2'. Qu'un code devrait interdire tout type d'intervention "active" de la part de l'éthicien clinique (allant de la recommandation axiologique explicite à l'influence plus ou moins indirecte en matière de prise de décision) susceptible de le placer en conflit d'intérêt.

3'. Qu'un code devrait préciser quelles sont les *tâches primaires* (obligatoires) et les *tâches secondaires* (facultatives) de l'éthicien clinique. Les tâches primaires devraient être limitées à l'éducation morale des soignants. Les tâches secondaires pourraient inclure plusieurs choses (support moral et affectif, tâches de médiation, etc.). Mais les unes comme les autres auraient à respecter les conditions mentionnées en 1' et en 2' et le consultant en éthique médicale ne devrait être tenu imputable d'une faute en cours d'exercice de consultation que si ces conditions ne sont pas respectées.

5'. Qu'un code d'éthique, finalement, devrait faire apparaître clairement qu'un bon consultant en éthique médicale, un consultant "compétent", est un consultant capable de s'acquitter de sa tâche primaire qui est d'éduquer les autres à prendre des décisions morales de manière autonome.

Mais l'implantation d'un tel code ne revient-elle pas en bout de piste à fixer, précisément, des standards de pratique professionnelle? Peut-être bien. Pourquoi alors militer contre la professionnalisation du travail de consultation éthique? Après tout, les

³⁹ Mark Siegler, "Defining the Goals of Ethics Consultations : A Necessary Step for Improving Quality", *Quality Review Bulletin*, 18 / 1, 1992, p.15.

objections que j'ai fait valoir contre une telle professionnalisation ne mentionnent que des irritants temporaires, non des impossibilités conceptuelles. Il est tout à fait pensable que l'on parvienne d'ici quelques années à mieux circonscrire les sphères disciplinaires inhérentes à l'expertise "éthique" ou "bioéthique", ou encore qu'un consensus international advienne à propos des standards à rencontrer par la consultation éthique, *a fortiori* si les buts poursuivis sont clarifiés et se centrent, comme je le suggère, autour de tâches éducatives. J'estime néanmoins que, même si l'on parvenait à un tel résultat, la professionnalisation du travail de consultation éthique ne serait pas une bonne chose. J'aimerais expliquer pourquoi en conclusion.

3. Conclusion

Comme je l'ai mentionné, il me semble que le consultant en éthique le plus "compétent" est celui qui réussit, au moyen de l'éducation, à rendre les personnes qui recourent à la consultation éthique autonomes sur le plan moral, à les rendre capables de prendre leurs propres décisions de manière indépendante. En d'autres termes : le standard ultime par rapport auquel on devrait mesurer les résultats, bons ou mauvais, de la consultation éthique est l'autonomie du client, *sa capacité à s'affranchir de la consultation éthique elle-même. Le but de la consultation éthique devrait être de faire en sorte que ce service ne soit plus indispensable.* Voilà la raison fondamentale pour laquelle la professionnalisation du travail de consultation éthique m'apparaît être non pertinente. Il s'agit là, non plus simplement d'une difficulté passagère, mais d'un *obstacle de principe*. Reconnaître une telle profession serait selon moi - et je suis ici d'accord avec G. Scofield, A. L. Caplan ou F. Baylis⁴⁰ - confondre les composantes *techniques* et *évaluatives* du savoir humain, les premières seulement pouvant faire l'objet d'une professionnalisation, non les secondes.

Pour reprendre une distinction importante faite par le philosophe allemand Jürgen Habermas⁴¹, l'expertise éthique correspond à un savoir-faire où s'exprime une "compétence humaine universelle" - tout le monde est capable de discernement moral - l'expertise professionnelle correspond pour sa part à un savoir-faire n'exprimant qu'une "compétence particulière", c'est-à-dire partagée uniquement par certains groupes d'individus au détriment d'autres groupes d'individus. Dit autrement : alors qu'il n'y a pas de compétence professionnelle en dehors de l'expertise professionnelle, c'est-à-dire hors du savoir-faire acquis dans le cadre de la formation académique menant à un certain domaine professionnel (par exemple la médecine), il existe une compétence morale hors de la formation académique en éthique, ou hors de l'expérience de terrain acquise auprès du chevet du patient par le consultant en éthique. L'"expertise éthique" ne saurait donc être réduite et limitée, ni au savoir théorique universitaire, ni à l'expérience pratique accumulée dans des situations très particulières, comme les situations cliniques. Bref, pour reprendre cette fois le langage de Caplan, il n'y a pas et il ne saurait y avoir d'"experts" en matière de morale, d'individus disposant d'un corps de savoir ésotérique en matière d'éthique accessible de façon exclusive, à la manière d'un savoir professionnel. Il existe par contre une

⁴⁰ Cf. note 3.

⁴¹ J. Habermas, "Signification de la pragmatique universelle" (1976), dans J. Habermas, *Logique des sciences sociales et autres essais*, trad. franç. par R. Rochlitz, Paris, PUF, 1987, p. 345.

“expertise morale” qui n’est aucunement réservée aux seuls éthiciens, mais qui est le fait de tous.

Bien entendu, certains diront qu’il existe des *degrés* de compétence éthique. Les partisans de Kohlberg, par exemple, prétendraient sans doute que la véritable “expertise éthique” est l’aptitude à raisonner moralement repérable aux degrés les plus élevés, postconventionnels, du développement moral. Tous n’auraient donc pas cette expertise. Mais une simple réflexion montre que cette théorie confirme, plutôt que n’infirmes, mon propos : l’“expertise éthique” ainsi décrite reste ouverte à tous, elle n’est que l’expression plus avancée d’un savoir-faire propre à tout le monde. Elle n’est pas le fruit d’une formation académique spéciale, mais l’aboutissement d’un processus d’apprentissage naturel dans notre capacité à résoudre des problèmes au plan moral.

De ce qui précède, il faut conclure selon moi la chose suivante : s’il subsiste un écart, quel qu’il soit, entre la compétence morale des soi-disant experts en éthique et celle des gens ordinaires, la réponse appropriée ne consiste pas à creuser cet écart en créant un ordre professionnel, mais à tenter de le combler en éduquant les autres à penser par eux-mêmes et à rendre sans objet, tout au moins à long terme, le besoin de consultants en éthique. Voilà l’objection centrale que l’on doit faire valoir, il me semble, contre tout projet de professionnalisation de cette activité de service qu’est et que doit rester la consultation éthique. La présence de plus en plus importante de consultants en éthique dans nos hôpitaux (ou dans d’autres secteurs professionnels) se réclamant de centres divers de consultation en éthique offrant des services professionnels, de même que l’existence d’associations en éthique revendiquant le statut de profession⁴², tout cela constitue bien évidemment une situation de fait que l’on ne peut récuser et avec laquelle on devra, à ce qu’il semble, composer de plus en plus dans les années à venir. La seule issue plausible semble être de prendre les mesures appropriées pour réglementer ces activités et en contrer les effets potentiellement néfastes, tant pour les clients éventuels que pour les consultants eux-mêmes. De là les recommandations que j’ai faites en faveur d’un code d’éthique.

À la lumière de ce qui précède, je suis forcé d’admettre que la consultation éthique, en tout cas sous sa forme actuelle, partage au moins un point en commun avec une activité professionnelle : la nécessité d’être régie par des règles qui protègent les praticiens et les clients. Mais là s’arrête l’analogie. Selon moi, la consultation éthique ne sera toujours au mieux qu’une “quasi-profession”. Alors que la professionnalisation d’une activité repose sur une asymétrie existant entre le professionnel et son client, le premier disposant d’une expertise échappant au second, cette asymétrie disparaît lorsqu’on fait de l’autonomie du client, et donc de sa capacité à s’affranchir de manière permanente du service de l’éthicien, le critère d’excellence de la consultation éthique, comme je le suggère. Dans cette perspective, un code d’éthique conçu à l’intention des éthiciens aurait selon moi à accomplir un rôle supplémentaire par rapport aux codes de déontologie ordinaires : il aurait à délimiter les buts poursuivis par la consultation éthique de telle manière qu’apparaisse clairement le fait que ce travail a à obéir à

⁴² Je pense bien sûr ici à l’APEC, l’Association des praticiens en éthique du Canada. Je n’ai rien contre de telles associations. Je pense au contraire que les regroupements de personnes impliquées dans des activités similaires constituent une chose naturelle, voire inévitable. L’APEC serait d’ailleurs une instance toute désignée pour implanter le code d’éthique à l’intention des éthiciens dont je parle. J’en ai uniquement contre l’intention plus ou moins affichée de telles associations d’être reconnues comme des ordres professionnels autonomes.

d'autres standards que ceux qui régissent les professions, des standards que j'appellerai civiques et éducationnels (comme le font les règles de déontologie que j'ai énumérées tout à l'heure, par exemple les règles 3' et 5'). Aider les autres à atteindre la majorité, au sens où l'entendait Kant, à devenir des citoyens adultes, responsables de leurs actes et de leurs décisions, ce n'est pas servir les intérêts d'une profession, c'est servir la démocratie, c'est servir des intérêts civiques, c'est œuvrer à combler l'écart existant entre les citoyens majeurs, moralement autonomes et les autres – ceux qui, selon toute vraisemblance, ne le sont pas encore. Un code d'éthique à l'intention des éthiciens aurait finalement pour rôle de circonscrire les *limites* de la consultation éthique, limites qui sont celles de la *professionnalisation elle-même*. Je pense que ces limites mériteraient d'être explicitées dans une autre règle de déontologie, par exemple la suivante (règle 6') : "La consultation éthique doit demeurer une activité de service poursuivie sur une base volontaire par des personnes appartenant déjà à des ordres professionnels à des fins d'éducation morale et civique d'autres professionnels ou de leurs clientèles, et qui ne doit pas elle-même conduire à l'établissement d'un ordre professionnel indépendant." Je pense également, pour cette raison, qu'un code d'éthique à l'intention des éthiciens devrait être conçu de telle façon qu'il ne "perennise" pas le travail de consultation. On peut en effet présumer qu'il disparaîtra un jour en même temps que disparaîtra le besoin de consultation éthique.