



Validité et limites du consensus en éthique clinique

Jean-François Malherbe, Loretta Rocchetti and Anne-Marie Boire-Lavigne

Volume 50, Number 3, octobre 1994

Problèmes d'éthique contemporaine

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/400869ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/400869ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Faculté de philosophie, Université Laval

ISSN

0023-9054 (print)

1703-8804 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Malherbe, J.-F., Rocchetti, L. & Boire-Lavigne, A.-M. (1994). Validité et limites du consensus en éthique clinique. *Laval théologique et philosophique*, 50(3), 531–543. <https://doi.org/10.7202/400869ar>

VALIDITÉ ET LIMITES DU CONSENSUS EN ÉTHIQUE CLINIQUE*

Jean-François MALHERBE
Loretta ROCCHETTI et Anne-Marie BOIRE-LAVIGNE

RÉSUMÉ : Le caractère multiculturel qui marque profondément nos systèmes de valeurs rend difficile la référence à des normes reconnues par tous lorsqu'il est nécessaire de prendre une décision qui engage de multiples acteurs sociaux. Cette difficulté est particulièrement sensible lorsqu'il s'agit de prendre des décisions à l'égard de la mise en œuvre des techniques biomédicales. Face à cette difficulté bien réelle, une tendance est apparue de fonder de telles décisions sur le consensus des personnes les plus directement concernées. L'objet de la présente discussion est d'évaluer la validité et les limites d'un tel recours au consensus.

Le consensus auquel vise la discussion rationnelle entre les sujets éthiques à propos de la critique des normes particulières comme de l'application des normes universelles et particulières aux situations singulières, constitue une indispensable garantie à l'encontre de bien des arbitraires qui tendraient à s'emparer du pouvoir. Mais le refus inconditionnel de reconnaître l'existence de dissensus avérés aurait pour conséquence immédiate de restaurer subrepticement une forme d'arbitraire particulièrement subtile puisqu'elle se cacherait derrière le masque de la rationalité.

INTRODUCTION

Le caractère multiculturel qui marque profondément nos systèmes de valeurs rend difficile la référence à des normes reconnues par tous lorsqu'il est nécessaire de prendre des décisions à l'égard de la mise en œuvre des techniques biomédicales.

* Les réflexions présentées ici ont bénéficié des discussions menées dans le cadre du premier séminaire international d'éthique clinique tenu à l'hôpital para-universitaire St-Pierre à Ottignies (Belgique) les 10-12 mai 1994. Les auteurs remercient particulièrement les participants au séminaire de leurs judicieuses et fructueuses remarques et suggestions.

La présente contribution sera suivie d'autres consacrées aux principales approches actuelles de l'éthique clinique. Elle s'inscrit dans un programme de recherche consacré à mettre au point une méthodologie de l'*Aide éthique à la décision clinique* (AÉDC) en situation hospitalière et tout spécialement en cas de conflits de valeurs. Elle implique des partenaires du Québec, de France, de Belgique, d'Italie et du Chili.

Face à cette difficulté bien réelle, une tendance est apparue de fonder de telles décisions sur le consensus des personnes le plus directement concernées. L'objet de la présente discussion est d'évaluer la validité et les limites d'un tel recours au consensus.

Précisons d'emblée ce que nous entendons par *consensus*. Il ne s'agit pas d'un accord forcé par l'autorité, ni d'un accord superficiel et souvent implicite enraciné dans des habitudes tenaces mais éventuellement discutables. Il s'agit, lorsque nous parlons de *consensus*, d'un accord explicite et critique intervenant après analyse de la situation problématique et discussion argumentée entre les personnes effectivement concernées par la décision et ses conséquences. Cette définition du *consensus* en indique déjà le critère de validité : il vaut dans la mesure exacte dans laquelle il exprime une proposition d'action à laquelle toutes les personnes concernées donnent leur assentiment responsable. Un consensus est valide dans la mesure où les personnes qui le ratifient sont prêtes à en répondre personnellement devant leurs semblables. C'est en ce sens restreint que nous entendons le *consensus*.

Pour qu'un consensus soit valide, c'est-à-dire puisse fonder une décision, il faut qu'il soit rationnellement possible. Cela n'est pas toujours le cas. Nous le montrerons dans la deuxième partie de cette discussion. On touchera là la limite du consensus rationnel et l'on s'interrogera sur l'attitude raisonnable à adopter lorsqu'il n'est pas possible.

Dans la troisième partie de la discussion, nous nous interrogerons sur la difficulté qui est le plus souvent la nôtre d'accepter qu'il ne soit pas possible de nous mettre d'accord sur une décision que nous appelons tous de nos vœux. Nous estimons mettre ainsi au jour l'une des causes majeures du déclin actuel du sens des responsabilités personnelles dans la prise de décisions difficiles.

I. LA PROBLÉMATIQUE ÉTHIQUE DU CONSENSUS

Entre le relativisme (« à chacun sa morale ») et le dogmatisme (« la Loi ou l'autorité dit que... »), la recherche d'un consensus critique est une excellente voie pour fonder une norme comme pour l'appliquer par décision dans une situation singulière. Cet aspect de notre problématique a été particulièrement discuté dans le courant de la *Diskursethik* dont Jürgen Habermas est l'un des représentants les plus connus¹.

Habermas décrit son programme éthique comme la reformulation de la morale kantienne à partir de la perspective de la théorie de la communication. Kant procédait à l'analyse des conditions de possibilité de la moralité et concluait que la norme fondamentale de l'agir humain est l'universalisation de la maxime de l'action. C'est ce qu'il appelle l'Impératif catégorique : *agis de telle façon que la maxime de ton action soit universalisable*. C'est-à-dire : agis de façon que la maxime de ton action

1. Voir notamment *Moralbewußtsein und Kommunikatives Handeln*, Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag, 1983 (traduction française : *Morale & communication*, Paris, Cerf, 1986), et *Erläuterungen zur Diskursethik*, Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag, 1991 (traduction française : *De l'éthique de la discussion*, Paris, Cerf, 1992).

puisse être acceptée en toute connaissance de cause par tous les humains concernés comme obligatoire pour eux-mêmes.

Habermas considère que toutes les morales, y compris la morale kantienne, se rejoignent en réalité pour tirer d'une manière ou d'une autre leur normativité de la communication rationnelle entre les agents moraux². C'est, en effet de « l'interaction médiatisée par le langage et orientée vers l'intercompréhension » que les sujets socialisés tirent compensation de leur faiblesse constitutive³. C'est pourquoi on pourrait reformuler ainsi dans une perspective habermassienne l'Impératif catégorique : *Soumets la maxime de l'action que tu te proposes d'effectuer, à la discussion rationnelle tendant au consensus qui en garantirait la légitimité.*

Toutefois, il existe une différence considérable entre la perspective du philosophe de Francfort et celle du critique de Königsberg. Ce dernier escomptait de chacun qu'il entreprenne *in foro interno* la mise à l'épreuve de ses maximes d'action, en présupposant que les consciences morales individuelles sont accordées d'avance à l'universel qui les conditionne. Habermas, par contre, estime que chaque conscience morale empirique est guidée par des intérêts singuliers et que seule la pratique intersubjective de la discussion publique de ces intérêts singuliers peut tracer le chemin de leur universalisation. Autrement dit, il présuppose que ce sont les structures universelles de la pratique sociale du langage, de la discussion argumentée en raison, qui servent d'appui à l'universalisation des intérêts singuliers de l'action. C'est pourquoi l'éthique qu'il propose est une *Éthique de la discussion*, une *Diskursethik*.

Le présupposé habermassien est donc que quiconque s'engage dans une discussion argumentée ratifie implicitement mais certainement les principes fondamentaux de la pragmatique du langage. Or, ces derniers ont un contenu moral. Ainsi, les normes morales se justifient par déduction à partir des principes pragmatiques universels de la discussion argumentée.

Mais, que présuppose donc pragmatiquement un sujet qui participe à une discussion rationnelle ? Sur cette question, Habermas et nous apportons des réponses sensiblement différentes bien qu'elles ne soient pas, à notre estime, incompatibles entre elles.

Habermas estime qu'un sujet qui participe à une discussion rationnelle ratifie par exemple que :

- tous les participants à la discussion prennent part libres et égaux à une recherche coopérative de la vérité dans laquelle seule peut valoir la force sans contrainte du meilleur argument⁴ ;
- tous les participants acceptent d'élucider critiquement les intérêts qui les portent à agir de telle ou telle façon et de soumettre ceux-ci à la critique intersubjective (sans la solidarité requise pour que chacun puisse se mettre dans la position de

2. J. HABERMAS, *De l'éthique de la discussion*, p. 22.

3. *Ibid.*, p. 21.

4. *Ibid.*, p. 34.

- l'autre, on ne pourrait même pas s'engager sur une norme méritant le consentement universel)⁵ ;
- seules peuvent prétendre à la validité les normes acceptées par consensus c'est-à-dire par tous les participants à la discussion et chacun d'entre eux⁶ ;
 - les normes morales valides sont donc découvertes par la raison et non engendrées par elles⁷ ;
 - tous et chacun sont disposés à ratifier les conséquences pratiques de l'observance universelle des normes ainsi validées par consensus⁸ ;
 - c'est la participation active à la discussion argumentée en raison, c'est-à-dire au processus public d'intercompréhension, qui est la seule véritable pédagogie de l'éthique dans la société. En effet, seule la procédure de formation discursive de la volonté prend en compte le rapport interne de l'autonomie d'individus insubstituables à leur enchaînement dans des formes de vie intersubjectivement partagées⁹ ;
 - c'est le consensus avéré de tous les concernés qui garantit l'impartialité du jugement moral : une maxime d'action n'acquiert sa qualité morale que par le fait que chacun des concernés pourrait y consentir comme à une maxime valide pour tous¹⁰.

Sans aucunement prétendre réfuter ces énoncés qui nous paraissent bien exprimer des conditions pragmatiques de la discussion rationnelle, nous préférons répondre à la question précitée en énonçant simplement trois normes que nous prétendons universelles et institutrices de l'humanité langagière. Il s'agit, comme le suggère Habermas, de conditions de possibilité pragmatiques de la discussion et, comme il l'a remarqué, ces conditions ont un contenu normatif cognitif et elles sont universelles. Nous les énonçons sous la forme d'impératifs :

1. Interdit de l'homicide : *Tu ne tueras pas tes interlocuteurs* (sinon la discussion prend fin faute d'allocutaires).
2. Interdit de l'instrumentalisation : *Tu n'utiliseras pas tes interlocuteurs comme de simples instruments de ton action* (sinon tu restaures la loi du plus fort que la discussion morale a précisément pour but de remplacer).
3. Interdit du mensonge : *Tu ne tromperas pas tes interlocuteurs* (sinon la discussion rationnelle devient impossible)¹¹.

Il est à noter que dans ces trois énoncés, l'expression « tes interlocuteurs » désigne non seulement les interlocuteurs actuels de chaque humain mais également tout autre humain vivant ou à venir, au titre d'interlocuteur potentiel.

5. *Ibid.*, p. 23 et 27.

6. *Ibid.*, p. 17.

7. *Ibid.*, p. 25.

8. *Ibid.*, p. 17.

9. *Ibid.*, p. 19 et 23.

10. *Ibid.*, p. 19.

11. La démonstration que ces trois interdits sont instituteurs de l'humanité et fondés pragmatiquement dans les présupposés du langage est donnée dans J.-F. MALHERBE, *Pour une éthique de la médecine*, Paris, Larousse, 1987 (traductions allemande, italienne et espagnole) et *Autonomie et prévention. Alcool, tabac, sida dans une société médicalisée*, « Catalyses », Louvain-la-Neuve, Artel ; Montréal, Fides, 1994.

Ces trois normes universelles sont fondées, parce que leur respect est condition de possibilité de toute discussion rationnelle et que c'est la capacité de discussion rationnelle qui définit l'humain, même si elle n'en épuise pas toute la richesse. Ces trois normes sont universelles parce qu'elles ne peuvent pas ne pas faire l'objet du consensus de tous les interlocuteurs participant à la discussion ou qui y participeront. C'est de ces trois normes universelles de l'action humaine que découlent ou devraient découler généralement toutes les normes auxquelles les traditions dont nous sommes les héritiers nous proposent de nous référer dans la vie sociale concrète. Ces trois normes forment donc un point d'appui solide pour poser le levier du travail critique que chaque génération est tenue d'entreprendre à l'égard des normes que lui a léguées la génération précédente.

Mais le consensus n'a pas pour unique fonction de fonder les normes universelles de l'action et, à travers elles, les normes particulières qui sont d'application dans certaines situations récurrentes. Le consensus est également indispensable dans l'application correcte des normes universelles et particulières aux situations singulières qui requièrent nos décisions. Habermas reconnaît lui aussi que les normes validées par le consensus universel ne contiennent pas les règles de leur propre application. Si les normes validées par le consensus universel ne contiennent pas les règles de leur propre application¹², c'est parce qu'elles ont été décontextualisées par l'opération qui les a abstraites des intérêts empiriques qui les portaient au départ. Par conséquent, pour être appliquées dans la pratique, elles en appellent à la sagacité des consciences subjectives qui les interprètent au sein de la réalité sociale empirique. Mais cette sagacité elle-même s'exerce dans le respect des procédures de la discussion argumentée en raison c'est-à-dire de manière intersubjective¹³. L'interaction argumentative apparaît comme le fondement, à la fois de la légitimité des normes universelles et de leur application dans la réalité concrète. C'est donc à ces deux niveaux que le consensus des interlocuteurs concernés intervient dans l'éthique fondamentale : pour *fonder* les normes et pour les *appliquer*.

La fonction du consensus est donc une fonction herméneutique, à la fois inductive : définir les normes en les fondant, et déductive : les critiquer et les appliquer. C'est pourquoi, en dépit du fait que la *Diskursethik* ne fournisse pas, du moins dans l'état actuel de sa formulation, un système de normes particulières propres à éclairer la prise de décision dans le domaine biomédical, nous considérons la théorie procédurale de Habermas comme une contribution intéressante à la pratique concrète de l'éthique clinique.

Toutefois, nous croyons repérer dans la *Diskursethik* une tendance à considérer que les procédures de la discussion rationnelle sont suffisantes, si elles sont appliquées avec rigueur et systématiquement, pour résoudre tous les conflits de valeur que peut receler la vie pratique. Cette prétention, si elle s'avérait, serait tenue en échec par l'existence de situations comportant un conflit de valeurs impossible à surmonter à l'aide de la seule raison discursive. Or, de telles situations existent. Nous voudrions

12. J. HABERMAS, *De l'éthique de la discussion*, p. 27.

13. *Ibid.*, p. 27-28. Nous extrapolons ici la pensée de J. Habermas sans être assurés qu'il nous suivrait sur ce point.

en exposer une, particulièrement significative, dans laquelle est apparu ce que nous appelons un *dissensus avéré*¹⁴. À nos yeux, un *dissensus avéré* est un désaccord entre deux positions inconciliables, désaccord radical et insurmontable par la discussion rationnelle.

II. UNE SITUATION DE « DISSENSUS AVÉRÉ »

Pour illustrer notre préoccupation, nous voudrions relater brièvement une situation problématique à propos de laquelle l'un de nous a été consulté. Il s'agit d'un accident survenu dans un laboratoire d'analyses biologiques. Un technicien, appelons-le Élie, pris inopinément d'un malaise, a heurté malencontreusement contre un chariot une série d'éprouvettes contenant du sang qui venait d'être prélevé chez des personnes souhaitant un dépistage du HIV. Élie a été lui-même blessé aux mains au cours de l'incident et ses blessures ont été largement en contact avec les échantillons de sang qu'il transportait. À l'inquiétude liée à son malaise est venue s'ajouter la crainte d'avoir été contaminé par le virus HIV.

Élie fit une déclaration d'accident professionnel et demanda à être soigné au mieux. Par ailleurs, les échantillons de sang étant devenus inutilisables, le directeur du laboratoire appela les personnes dont le sang avait été prélevé pour les informer de l'accident et les inviter à se représenter au Centre de prélèvement afin que le laboratoire puisse procéder à l'analyse désirée sur de nouveaux échantillons de leur sang. Dans ce contact, le directeur insistait sur la nécessité que ces personnes reviennent et les remerciait de collaborer ainsi à prodiguer les meilleurs soins à l'employé blessé au cours de l'accident.

Toutes les personnes concernées (sauf une, que nous appellerons Denis) se sont présentées dans les plus courts délais et les analyses menées à terme démontrèrent qu'elles étaient toutes séronégatives. Le questionnaire rempli lors du premier prélèvement par la seule personne retardataire, Denis, faisait état de son homosexualité et de sa consommation régulière de toxiques par voie intraveineuse. Il était donc impératif d'obtenir un échantillon de son sang pour savoir si oui ou non Élie courait un risque réel de contamination. Contacté à nouveau par téléphone, Denis refusa de se présenter, alléguant que, dans les circonstances, la confidentialité du résultat attendu n'était plus aucunement garantie alors qu'il avait sollicité ce test de façon spontanée et avec la garantie que le Centre ne révélerait jamais son identité.

Deux questions furent alors proposées à la réflexion du Comité d'éthique de l'hôpital auquel appartenait le laboratoire :

1. Quelle décision recommander à l'égard de la requête de soins d'Élie, le technicien blessé ? Il avait évidemment été soigné pour ses blessures. En réalité, des coupures assez superficielles et, n'était le risque de contamination HIV, sans gravité aucune. Mais la question se posait de savoir si, outre cela, il convenait de :

14. Nous devons cette expression à Raymond Lemieux.

a) lui administrer des doses d'AZT à titre préventif pour lui donner de meilleures chances de résister à la contamination s'il avait été en contact avec du sang contaminé. Cette décision comportait des inconvénients car l'usage préventif de l'AZT était expérimental et nul ne pouvait prévoir la nature des effets secondaires que l'on pouvait s'attendre à voir apparaître ;

b) attendre que les 16 semaines correspondant à la « fenêtre thérapeutique » (c'est-à-dire le délai entre la contamination éventuelle et la possibilité de la repérer par analyse de sang) d'Élie soient passées et ne lui administrer l'AZT que s'il s'avérait séropositif. Élie éviterait ainsi les effets secondaires (inconnus) mais, en cas de contamination, serait privé d'une mesure préventive que l'on pouvait espérer relativement efficace.

2. Convenait-il, pour clarifier la première question, d'exiger un prélèvement de la part de Denis ? Cette mesure serait à l'avantage d'Élie qui serait fixé sur le risque de contamination et pourrait probablement être tranquilisé (à sa propre fenêtre thérapeutique près). Mais comment l'obliger à revenir ? Et surtout, s'il revenait, comment lui garantir la confidentialité qu'il était manifestement en droit d'exiger ?

Le seul moyen totalement acceptable de répondre à la seconde question est de convaincre Denis de laisser insérer son prélèvement dans une série numérotée dont l'analyse serait confiée à un autre Centre de dépistage et qui communiquerait ensuite confidentiellement les résultats au directeur du Centre où travaille Élie. Mais comment alors contrôler la validité de la déclaration de Denis ? Peut-on faire dépendre la nature des soins à prodiguer à Élie de la véracité supposée de la déclaration de Denis ? Ce dernier n'ayant pas d'intérêt personnel à divulguer son éventuelle séroposivité, rien n'est moins certain.

Autrement dit, la première question est incontournable si Denis maintient son refus (légitime ?) de se présenter à nouveau dans le premier Centre en révélant qu'il est la dernière personne concernée par l'accident dont le sang n'a pas encore été analysé.

Le Comité d'éthique fut d'avis qu'il ne valait pas la peine d'exiger quoi que ce soit de Denis étant donné qu'il aurait pu s'être lui-même contaminé juste avant le prélèvement de l'échantillon détruit par l'accident et que, par conséquent, sa fenêtre thérapeutique et celle d'Élie pourraient coïncider parfaitement.

Mais comment répondre à la première question ?

Les membres du Comité étaient également unanimes à estimer que la première question devait trouver une réponse unanime. Il fut toutefois impossible de formuler une réponse unanime. Aucun consensus ne fut possible sinon pour regretter l'absence de consensus !

Les uns estimaient que le risque lié aux effets secondaires était plus important que le risque de contamination et que, par conséquent, il fallait attendre pour agir.

Les autres estimaient que le risque de contamination n'était peut-être pas très élevé mais que, puisqu'il n'était pas nul et que s'il s'avérait, la situation d'Élie serait catastrophique, il fallait mettre tout en œuvre pour prévenir la contamination si c'était

encore possible. Évidemment, ils savaient que rien ne prouvait que l'administration préventive d'AZT serait efficace mais ils alléguaient la présomption du contraire pour recommander que la mesure préventive soit prise quoi qu'il en soit de ses effets secondaires, présumés moindres en toute hypothèse que les effets de la contamination éventuelle.

Bref, tout en reconnaissant que la contamination par le HIV serait une catastrophe pour Élie, les uns estimaient qu'il ne fallait rien faire d'autre qu'attendre parce que le risque de contamination était peu élevé. Les autres, par contre, tout en reconnaissant que le risque était peu élevé, estimaient qu'il fallait agir en raison du caractère catastrophique du risque. Ils étaient divisés sur la question de l'attitude à prendre face à un risque majeur de probabilité peu élevée¹⁵. Quel argument pourrait donc faire pencher rationnellement la balance d'un côté plutôt que de l'autre ?

Nous pensons, pour notre part, qu'un tel argument rationnel n'existe pas. Seul un motif affectif lié à une croyance positive ou négative à l'égard de la valeur d'une intervention technique pourrait dirimer la question.

Que faire alors dans une telle situation ? À notre estime, il existe une solution raisonnable à une telle question, même si l'on ne peut pas la résoudre à l'aide d'arguments purement rationnels. Cette solution, selon l'expérience que nous avons de l'éthique clinique, est relativement simple dans son principe. Elle consiste en trois étapes successives :

1. Identifier parmi les interlocuteurs la personne que son autorité fonctionnelle ou charismatique désigne pour prendre la décision avec le patient en dernier ressort.
2. Proposer aux interlocuteurs de s'accorder pour confier la décision au jugement de cette personne et les persuader d'admettre qu'il vaut mieux qu'une décision soit prise que de maintenir une impasse décisionnelle.
3. Exécuter ensemble la décision et soutenir ensemble sa validité et son bien-fondé.

Évidemment, un tel processus demande de l'abnégation aux interlocuteurs, mais nous observons qu'elle est la seule voie qui permette aux personnes concernées d'assumer ensemble leur *solitude* dans le jugement moral ultime, leur *finitude* marquée par leur incapacité commune de surmonter rationnellement le conflit de valeurs, et l'*incertitude* qu'ils partagent à l'égard des conséquences de la décision dans la situation problématique.

L'existence de *dissensus avérés* indique une limite à la discussion rationnelle dans l'application des normes universelles ou particulières à certaines situations comportant des conflits de valeurs. Par ailleurs, l'existence de *dissensus avérés* provoque chez la plupart des sujets un fort sentiment d'insécurité sur lequel il nous paraît indispensable de nous interroger.

15. Une telle situation n'est pas unique. Ainsi par exemple, certains pays ont exclu les centrales nucléaires tandis que d'autres les ont construites alors que tous sont d'accord sur l'évaluation du risque : un accident nucléaire est très peu probable mais serait gravissime. Nous devons cette remarque à Jean Ladrière.

III. STATUT ET PORTÉE DU DISSENSUS

Exposer nos réflexions à ce sujet impose un développement au sujet de la façon dont nous entendons le concept d'éthique clinique et la pratique qui lui correspond. Et cette étape elle-même appelle une élucidation du contexte actuel de l'éthique clinique.

Dans la situation présente, les nécessaires réductions des dépenses publiques en matière de santé, jointes à l'évolution des mentalités à l'égard des critères de la qualité de vie et au développement remarquable des techno-sciences biomédicales, exercent des pressions considérables qui rendent extrêmement difficile la prise de décision médicale dans un nombre grandissant de cas complexes. Les médecins eux-mêmes sont devenus parfaitement conscients que les facteurs à considérer dans la prise de décision ne sont plus exclusivement biomédicaux et que, par conséquent, ils se doivent de faire appel à une démarche interdisciplinaire pour résoudre les cas les plus difficiles. Cette conscience est d'ailleurs d'autant plus vive qu'ils comprennent de plus en plus clairement que toute décision clinique, même dans les cas les plus simples, se réfère implicitement à une éthique et une anthropologie qu'il vaudrait la peine d'explicitier afin de rendre ces décisions plus lucides et, par conséquent, plus responsables.

À cet égard, il s'agit principalement pour les éthiciens de contribuer à l'intégration de la réflexion éthique à l'acte technique. Toutefois, la prise en compte de la dimension éthique des décisions cliniques est entravée par *l'absence, ou la quasi absence de concepts opératoires véritablement éclairants dans ce domaine particulièrement sensible de l'éthique appliquée*. L'expérience acquise laisse même pressentir qu'aucun des modèles d'aide éthique à la décision clinique élaborés dans le cadre de la bioéthique anglo-saxonne, de l'éthique allemande de la discussion ou de la médecine légale de certains pays d'Europe n'est complètement satisfaisant dans la pratique clinique, notamment faute d'une élucidation suffisante du rapport de l'éthique clinique à la souffrance des soignés comme des soignants. Aborder ainsi la question est aussi indispensable que difficile en raison notamment du fait que *la société contemporaine, profondément marquée par le développement des sciences et des techniques, entretient des rapports difficiles avec la souffrance vécue par les sujets empiriques*. Il est nécessaire, pour surmonter ces deux difficultés, de développer une méthode originale.

Par « éthique clinique », nous entendons l'art de prendre « au chevet du malade » (le verbe grec *klinein* signifie « être couché »), c'est-à-dire cas par cas, les meilleures décisions sur la façon d'approprier à son service les ressources des technologies biomédicales disponibles. Cette définition paraît claire.

La recherche en éthique clinique consiste donc non pas à définir les modalités particulières au champ clinique de l'application d'une éthique prédéfinie, mais plutôt à élucider, expliciter, clarifier l'expérience éthique implicite qui est à l'œuvre plus ou moins silencieusement dans ces décisions. Le programme de recherche dans lequel s'inscrit la présente contribution vise à une telle explicitation à partir de l'analyse de l'« éthique spontanée » des soignants. Il s'y agit d'un travail de type phénoménologique et herméneutique mené à partir du récit que des soignants font de l'histoire de cas difficiles qui ont provoqué l'exercice de leur créativité éthique. Cette analyse tentera

de construire une interprétation de ces pratiques et d'en dégager la méthodologie implicite.

Le cadre théorique de cette recherche comporte un présupposé anthropologique qu'il est nécessaire d'explicitier. Nous partons de l'hypothèse que toutes les sociétés cherchent à éviter la confrontation directe avec la souffrance concrète vécue par leurs membres. Dans les sociétés techno-scientifiques, la médecine participe directement de cette fonction. En effet, la pratique techno-scientifique de la médecine met en œuvre une paradoxale *forclusion*¹⁶ de la souffrance précisément parce qu'elle réduit à un objet technique cette souffrance qu'elle entend soulager.

Cette hypothèse est justifiée par une analyse épistémologique de la médecine occidentale contemporaine. Les sciences biomédicales qui imprègnent toute la problématique de la médecine contemporaine sont une remarquable entreprise destinée à diminuer la marge d'incertitude de la décision médicale en fournissant au clinicien des connaissances nouvelles, plus précises et plus fiables, au sujet des réalités auxquelles il est confronté. En dépit des nombreux efforts consentis pour humaniser les soins et la formation des médecins, il faut reconnaître que les cliniciens reçoivent à l'université une formation techno-scientifique approfondie visant presque exclusivement à les préparer à fonder leurs décisions cliniques sur les sciences et techniques biomédicales¹⁷. Cette tendance est d'ailleurs très souvent renforcée par les modalités concrètes de l'organisation des hôpitaux.

Ces sciences sont donc de précieux outils de soins de meilleure qualité au bénéfice des malades. Cependant, leur mise en œuvre produit aussi des « effets non voulus » qu'il appartient entre autres à l'éthique d'identifier, d'analyser et de prévenir. En envisageant leur objet dans le cadre d'un système, ces sciences effectuent une réduction de l'être humain au système organique qui en constitue le support matériel, elles réduisent le corps qu'il *est* au corps qu'il *a*.

En considérant le corps comme un système composé de sous-systèmes en perpétuelle interaction avec d'autres systèmes, les sciences biomédicales, et la physiopathologie en particulier, se sont ménagé la voie de l'opération efficace avec ces systèmes puisqu'elles peuvent en prévoir l'évolution en fonction de la variation des paramètres qui les définissent et, ainsi, en maîtriser l'évolution. Cette conquête méthodologique, fruit de la pensée occidentale (et particulièrement du dualisme cartésien comme de la méthodologie expérimentale de Claude Bernard), s'est avérée d'une portée considérable qu'il n'entre pas dans notre intention de dénigrer. Mais l'opérativité¹⁸ ainsi acquise semble se payer à grands frais. En effet, lorsque la vigilance (épistémologique et éthique) des cliniciens se relâche, leur approche de la maladie a tendance à réduire l'être humain à une machine cybernétique.

16. Par *forclusion*, nous entendons avec le psychanalyste Jacques Lacan, cette opération inconsciente par laquelle un sujet s'empêche d'atteindre le but qu'il vise consciemment et sincèrement.

17. *Teaching Medical Ethics*. Special issue of *Academic Medicine*, Journal of the Association of American Medical Colleges, Dec. 1989.

18. Voir J. LADRIÈRE, *Les enjeux de la rationalité*, Paris, Aubier-UNESCO, 1977.

Ainsi, par exemple, le clinicien qui dispose de toute une gamme de puissants analgésiques bien différenciés, aura-t-il tendance à se concentrer sur la question de choisir la plus appropriée des médications disponibles et à anesthésier ses patients des douleurs qu'ils éprouvent dans le corps qu'ils *ont*, tout en laissant entre parenthèses la souffrance éprouvée par les patients dans le corps qu'ils *sont*.

Lorsque l'être humain s'identifie à l'image réduite que la culture scientifique se forme de lui, il se trompe sur lui-même en croyant se raconter la vérité. Lorsque la médecine, par manque de vigilance épistémologique et éthique, emboîte le pas à cette vision tronquée des patients, elle renie sa raison d'être et renforce sans le vouloir vraiment les « effets secondaires » qu'elle est en mesure d'éviter. De cette erreur de perspective résulte, en effet, la déshumanisation du soignant comme du soigné. Finalement, et paradoxalement, c'est par le truchement du développement techno-scientifique qu'elle cultive, que la société risque de dénier — et par conséquent de précipiter — cela même qu'elle entend corriger : la souffrance. Bref, il nous paraît fécond de tenir l'hypothèse selon laquelle la société techno-scientifique s'est construit un mode particulier de forclusion de la souffrance, caractérisé par la construction du sujet humain comme objet cybernétique.

Du point de vue épistémologique, les phénomènes socio-culturels que nous voulons analyser sont abordés à partir d'une précompréhension qui se rapproche d'un schéma d'inspiration thérapeutique. Le travail épistémologique peut, en effet, se concevoir comme un travail de type thérapeutique. Ludwig Wittgenstein ne disait-il pas volontiers que *le philosophe traite une question comme une maladie*¹⁹ ? On adoptera ici ce point de vue qui a montré sa fécondité tout spécialement dans les recherches philosophiques du domaine médical²⁰. Ce modèle comprend quatre étapes : observation, étiologie, diagnostic, et thérapie.

L'adoption d'un modèle thérapeutique en épistémologie n'implique aucune inféodation au modèle biomédical qui fait l'objet de la recherche. Un de ses mérites est même, par contre, de manifester que la pratique médicale ne possède pas de soi le monopole des pratiques thérapeutiques. Cette boucle herméneutique procède donc plutôt d'une vive conscience épistémologique de la condition circulaire de toute recherche scientifique prenant l'humain pour objet. La remarque qui précède est d'autant plus justifiée que l'objet de recherche que nous prenons en considération est lui-même d'ordre à la fois circulaire et paradoxal : la forclusion de la souffrance par la pratique de la médecine techno-scientifique ne se nourrit-elle pas de ce dont elle entend libérer les humains ?

Cette méthode implique que ce soit, en effet, en tant que sujets eux-mêmes souffrants, que les chercheurs noueront entre elles les contributions des différentes disciplines. Elle signifie également que les faits étudiés seront « lus » à partir de l'hypothèse de travail et que ce sont leurs résistances à cette lecture qui permettront de soumettre cette hypothèse à l'épreuve de la réalité.

19. L. WITTGENSTEIN, *Philosophische Untersuchungen*, Oxford, Basil Blackwell, 1953.

20. J-F. MALHERBE, ouvrages cités à la note 11.

C'est précisément à la lumière de ces hypothèses que nous nous croyons autorisés à interpréter nos résistances à l'absence de consensus et notre tendance plus ou moins avouée de fuir les dissensus avérés au point d'en dénier même l'existence. L'existence de dissensus avérés est le symptôme de notre condition existentielle fondamentale marquée à la fois par notre solitude, notre finitude et notre incertitude. Or, nous ne voulons pas voir ce symptôme et, comme Habermas, nous interprétons indistinctement tous nos dissensus comme des situations transitoires et surmontables imputables exclusivement à des circonstances fortuites. Nous nous inscrivons ainsi dans la perspective d'un préjugé qui veut que toutes les questions puissent trouver une réponse par voie rationnelle. Ce rationalisme, que nous le voulions ou non, vient renforcer le mécanisme de forclusion dont est l'objet la souffrance existentielle qui est la nôtre et celle de nos semblables. Ce rationalisme éthique conjugue alors ses efforts à ceux du positivisme biomédical et, par un étrange retournement dont notre inconscient a le secret, la conséquence la plus directe en est que l'éthique perd sa capacité critique à l'égard de réduction cybernétique que tendent à nous imposer les sciences biomédicales.

De subversive qu'elle devrait être à l'égard de toute tentative de réduire au silence notre souffrance, l'éthique, lorsqu'elle ratifie le rationalisme, devient complice de la forclusion dont cette souffrance est l'objet et participe à camoufler notre peur des responsabilités. L'existence de dissensus avérés souligne notre insécurité fondamentale et la limite radicale dont la problématique éthique du consensus est affectée.

CONCLUSION

Le consensus auquel vise la discussion rationnelle entre les sujets éthiques à propos de la critique des normes particulières comme de l'application des normes universelles et particulières aux situations singulières, constitue une indispensable garantie à l'encontre de bien des arbitraires qui tendraient à s'emparer du pouvoir. Mais le refus inconditionnel de reconnaître l'existence de dissensus avérés aurait pour conséquence immédiate de restaurer subrepticement une forme d'arbitraire particulièrement subtile puisqu'elle se cacherait derrière le masque de la rationalité. Le pouvoir ainsi restauré serait celui d'un rationalisme étroit sous-tendant à la fois la réduction des corps que nous *sommes* aux corps que nous *avons*, la forclusion de la souffrance liée à toute existence humaine et la démobilitation de la résistance éthique à l'égard de tout pouvoir arbitraire.

Rendre raison aussi loin que possible de ses propres inclinations, certes. Mais sans se laisser accroire que la transparence rationnelle intégrale soit possible, ni que l'opacité du sujet empirique à lui-même soit totalement surmontable.

Il s'agit de discuter de façon que l'opacité des sujets empiriques en présence soit aussi réduite que possible mais en sachant et en consentant à ce que demeure toujours comme un résidu d'opacité non pas parasitaire mais « essentiel », un point aveugle où s'enracinent nos terreurs les plus enfouies comme les espoirs les plus secrets qui

font de nos vies des aventures savoureuses plutôt que la morne exécution d'un programme préétabli.

L'éthique, c'est la vie lucide et critique sur la question de savoir si sa finalité alléguée correspond à sa finalité réelle. Et à cet égard, la place consentie au *dissentiment avéré* apparaît comme un indice majeur de son effectivité existentielle.