Zeitschrift: Revue de Théologie et de Philosophie

Herausgeber: Revue de Théologie et de Philosophie

Band: 58 (2008)

Heft: 2-3: l'éthique minimale : dialogues philosophiques avec Ruwen Ogien

Artikel: Exigences et ébauches d'une éthique minimaliste dans la pratique clinique

Autor: Hurst, Samia

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-381768

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 13.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

REVUE DE THÉOLOGIE ET DE PHILOSOPHIE, 140 (2008), P. 233-245

EXIGENCES ET ÉBAUCHES D'UNE ÉTHIQUE MINIMALISTE DANS LA PRATIQUE CLINIQUE

SAMIA HURST [1]

Résumé

L'éthique clinique semble être une parfaite candidate pour une version de l'éthique maximaliste, du moins selon l'usage courant du terme. Cet article a pour but d'éclairer les implications, et parfois surtout l'absence d'implications, de l'éthique «minimaliste» de Ruwen Ogien si elle devait être appliquée aux difficultés éthiques survenant dans la pratique clinique. Les craintes que pourrait susciter à première vue une telle application sont infondées. De plus, par certains aspects, l'application de l'éthique de Ruwen Ogien représenterait une exigence forte – tout sauf minimaliste au sens courant du terme. Si ces aspects sont minoritaires c'est que L'éthique aujourd'hui *n'aborde simplement pas, ou alors sous forme d'ébauches uniquement, les nœuds des difficultés éthiques rencontrées dans la pratique clinique.*

Introduction

Une demi-boutade voudrait que tout ce qui est admirable mais facultatif dans la vie ordinaire – du domaine du surérogatoire [2] – devienne obligatoire en éthique médicale, et qu'en éthique des affaires, tout ce qui est obligatoire dans la vie ordinaire cesse de l'être pour devenir facultatif. L'éthique clinique, le domaine où la réflexion morale s'applique aux questions survenant dans la pratique de la médecine et des professions soignantes, semble être une parfaite candidate pour une version de l'éthique maximaliste, du moins selon l'usage courant du terme. On doit donc s'attendre à ce que la défense d'une position éthique décrite comme «minimaliste» [3] suscite des inquiétudes quant à son application à l'éthique clinique. Issue d'une pratique aux exigences nécessai-

[1] Institut d'éthique biomédicale, Faculté de médecine, Genève; Conseil d'éthique clinique, Hôpitaux Universitaires de Genève.

[2] *Cf.* J. URMSON, «Saints and Heroes», *in*: A. MERLDEN (éd.), *Essays in Moral Philosophy*, Seattle, University of Washington Press, 1958.

[3] R. OGIEN, *L'éthique aujourd'hui. Maximalistes et minimalistes*, Paris, Gallimard, 2007.

rement élevées en raison de la profonde vulnérabilité des êtres confiés aux soignants, la pratique clinique est par excellence un des champs où l'éthique demande beaucoup.

Cet article a pour but d'éclairer les implications, et parfois surtout l'absence d'implications, de l'éthique «minimaliste»[4] de Ruwen Ogien si elle devait être appliquée aux difficultés éthiques survenant dans la pratique clinique, ou servir de base de réflexion aux services de soutien éthique, consultations et comités, qui visent à aider les soignants à faire face à ces difficultés[5]. Ma position est que les craintes que pourrait susciter l'idée d'appliquer l'éthique «minimaliste» de Ruwen Ogien à la clinique – à savoir qu'elle ne doive nous conduire à renoncer à la protection des malades contre eux-mêmes, au maximalisme de l'excellence professionnelle, ou à l'idée de vertu dans la pratique de la médecine – ne sont pas fondées; qu'au contraire, par certains aspects, elle représenterait une exigence forte – tout sauf minimaliste au sens courant du terme; mais que ces aspects sont minoritaires car la position défendue dans *L'éthique aujourd'hui* n'aborde simplement pas, ou alors sous forme d'ébauches uniquement, ce qui constitue les nœuds des difficultés éthiques soulevées par la pratique clinique[6].

L'éthique «minimaliste» de Ruwen Ogien

L'éthique «minimaliste» proposée par Ogien se déploie sur deux axes. D'abord, elle est minimale quant aux personnes. Ne relève du domaine moral que le rapport à autrui, et non le rapport à soi-même: c'est le «principe d'indifférence morale du rapport à soi-même» (*op. cit.*, p. 155). Elle est également minimale quant aux types d'actes considérés, selon un «principe de non-nuisance» (p. 156), et un principe de «considération égale de la voix et des revendications de chacun dans la mesure où elles possèdent une valeur impersonnelle» (p. 155). À première vue, c'est un modèle clair et argumenté – donc par là même bienvenu. De plus, il a le mérite d'éviter d'en appeler à des concepts flous tels que celui de «dignité humaine», qui relèvent en effet trop souvent de la rhétorique plutôt que de l'argumentation éthique[7].

[4] L'usage des guillemets vise à identifier l'usage des termes «minimalisme» et «maximalisme» au sens que leur donne Ruwen Ogien en les appliquant aux approches de l'éthique.

[5] S. Hurst, «La consultation d'éthique: à quoi ça sert et comment s'en servir?», *Revue Médicale Suisse*, 80, 2006, p. 2195-2199; ASBH Task Force on Standards for Bioethics Consultation, «Core Competencies for Health Care Ethics Consultation», *in*: ASBH, Glenview, 1998; V. Fournier et M. Pousset, [Cochin Hospital Clinical Ethics Center: the first two years]. *Presse Med*, 35 (6 Pt 1), 2006, p. 960-966.

[6] Partant d'un domaine dont les exemples sont trop souvent simplifiés, je me baserai sur quelques situations cliniques concrètes. Les noms y sont bien sûr fictifs et les cas ont tous été modifiés pour empêcher que l'identité des patients ne soit reconnaissable.

[7] R. Macklin, «Dignity is a useless concept», *Bmj*, 327 (7429), 2003, p. 1419-1420.

Il convient de préciser que le but est ici d'étudier les implications de l'éthique d'Ogien appliquée *telle quelle* à la pratique clinique. D'une part, ce champ dépasse en grande partie les exemples employés jusqu'ici par Ogien : on ne saurait par conséquent lui prêter l'intention de ces implications. Par ailleurs, les limites de cette étude ne me permettront pas d'explorer comment on pourrait, dans cette application, développer ou adapter certaines argumentations qui ne sont qu'ébauchées dans *L'éthique aujourd'hui*.

Application à la pratique clinique : quelques malentendus potentiels

À première vue, on peut comprendre que l'idée d'appliquer une éthique minimaliste à la médecine puisse choquer. Ne pourrait-on pas s'imaginer qu'on devrait alors renoncer à protéger contre eux-mêmes les malades, même peut-être les malades psychiatriques ? Renoncer au maximalisme de l'excellence professionnelle ? Exclure l'idée de vertu d'une activité humaine qui doit rester altruiste, et demeurera difficile à réguler de l'extérieur ? Ces implications devraient à juste titre nous inquiéter, mais Ogien ne prône rien de tout cela.

1. *Protéger les malades contre eux-mêmes*

Ce souci ne s'applique pas de manière égale à toutes les situations cliniques. Notre premier cas doit servir à illustrer une situation où il est présent.

> Angèle a 21 ans. Elle vient d'arriver à l'hôpital où je suis l'interniste qui l'accueille. Elle va, me dit-elle, très bien. Elle sourit. Elle est habillée avec soin, ses cheveux sont lisses et ramenés en arrière par une barrette rose, elle s'assied comme pour me faire la conversation sur le bord du lit. Elle pèse 35kg pour 1m70. En face d'elle, le lavabo est enfermé dans une armoire sous clef pour éviter qu'elle ne puisse se faire vomir en cachette. Quand je l'aurai examinée, une psychiatre me suivra dans la pièce.

Dans un cas comme celui d'Angèle, où l'on va traiter l'anorexie par une prise en charge intégrant une part de contrainte, il peut y avoir deux raisons distinctes de vouloir la protéger en refusant sa décision de ne pas s'alimenter. On peut d'abord souhaiter la protéger, avec plus ou moins de force, contre des décisions que l'on juge mauvaises pour elle. On peut aussi vouloir la protéger, à nouveau avec plus ou moins de force, contre des décisions qui ne sont pas véritablement les siennes.

Seul le premier type de motifs semble clairement contraire au respect des principes d'Ogien, le refus le plus clair visant la situation où l'on estimerait ces décisions mauvaises pour elle pour des *raisons morales*. S'agissant de décisions simplement imprudentes, Ogien pourrait sembler les admettre. Mais il les rejette en rejetant le paternalisme, estimant que «des considérations égalitaristes, anti-élitistes ou hostiles à toute forme de condescendance, d'humiliation

ou de domination» (p. 143) peuvent justifier ce refus. Pour Ogien, les médecins ne sont donc pas non plus «autorisés à décider de ce qui est bien» (p. 142) pour leurs patients. Notons que s'abstenir d'une telle attitude est souvent une exigence élevée, comme le montre la persistance tant du paternalisme en médecine que de la controverse autour de sa justification[8]. C'est d'ailleurs également une exigence élevée dans l'éthique de la recherche clinique, qui fit récemment l'objet de cette controverse avec la publication de *Facing up to paternalism in research ethics* de Miller et Wertheimer[9]. Notons également que la critique du paternalisme par Ogien n'est pas vraiment nouvelle. Il existe – heureusement – une tradition relativement longue de critique du paternalisme à la fois de l'intérieur et de l'extérieur de la médecine[10].

Ogien pourrait par contre pleinement admettre le fait d'écarter les patients de décisions qui ne sont pas véritablement les leurs. Et justement, c'est là l'argument employé pour justifier la contrainte dans des situations comme celle d'Angèle. On protège la possibilité de poursuivre des buts exprimés par la personne elle-même, ou présumés être les siens en dehors d'une altération de son jugement par une maladie (comme le but de survivre par exemple), en l'empêchant de mener à bien un choix immédiat dont elle ne voit effectivement pas la contradiction avec son propre but ultime.

Deux difficultés subsistent pourtant. Premièrement, identifier les situations où le choix exprimé par le patient n'est pas véritablement le sien est délicat : Ogien l'admet, mais dans la pratique se contenter de l'admettre est insuffisant. Puisque ne rien faire est également un choix, on doit trancher d'une manière ou d'une autre, fût-elle imparfaite. C'est là l'évaluation du consentement, un point sur lequel nous reviendrons. Le type de choix exprimé résout rarement cette difficulté. On ne peut par exemple décider de l'authenticité du choix d'Angèle sur la simple base que tout refus d'alimentation nous semblerait irrationnel. Il ne s'agit donc pas là d'une impossibilité *a priori* d'admettre que l'on puisse prendre des décisions bizarres ou ne correspondant pas aux buts de la majorité. Angèle n'est, par exemple, manifestement pas dans la même circonstance qu'un gréviste de la faim qui exprimerait par là son opposition politique. Deuxièmement, doser la contrainte est un problème. On se trouve ici face à la difficulté qu'il peut y avoir à définir la «non-nuisance» dans un cas comme celui d'Angèle. Élucider ces difficultés dépasse cependant le projet d'Ogien.

[8] A. Buchanan, «Privatization and just healthcare», *Bioethics*, 9 (3-4), 1995, p. 220-239 ; R. Hanson, «Making sense of medical paternalism», *Med Hypotheses*, 70 (5), 2008, p. 910-913 ; E. H. Loewy, «In defense of paternalism», *Theor Med Bioeth*, 26 (6), 2005, p. 445-468.

[9] F. G. Miller et A. Wertheimer, «Facing up to paternalism in research ethics», *Hastings Center Report*, 37 (3), 2007, p. 24-34.

[10] R. Gillon, «Ethics needs principles – four can encompass the rest – and respect for autonomy should be «first among equals», *Journal of Medical Ethics*, 29 (5), 2003, p. 307-312.

2. *Exiger l'excellence*

Les deux craintes suivantes n'ont pas besoin d'être illustrées par des cas particuliers. Tout d'abord, la médecine semble impliquer une idée irréductiblement maximaliste en l'image du «bon médecin». Selon cette image, être un bon médecin c'est viser l'excellence sans se limiter à «ne pas nuire». C'est également avoir des buts moraux partiellement tournés vers soi ; se reconnaître un devoir d'être *un certain type d'être humain*. Vouloir se conformer à cette image semble donc «maximaliste» sur les deux axes évoqués plus haut.

Mais c'est une apparence. Dans les faits, prescrire de faire le mieux que l'on peut ne donne encore aucune indication sur le contenu de ce but. Et dans ce sens, l'éthique «minimaliste» d'Ogien s'avère au contraire très exigeante. Demander que le bien du patient ait la priorité sur d'autres considérations, comme le fait traditionnellement l'éthique médicale, est beaucoup demander. Demander que l'*avis* du patient prenne priorité sur celui du médecin exige, en plus, de mettre en retrait sa propre opinion – sans toutefois l'effacer entièrement –, de doser cet équilibre, et d'identifier les situations où le choix est véritablement celui de son patient, ou non : voilà qui est tout sauf minimaliste dans le sens courant du terme. Comme n'est pas minimaliste l'exigence, plus traditionnellement défendue en médecine mais tout aussi fortement soulignée par l'éthique clinique [11], d'une égale considération véritable: traiter ses patients avec impartialité, sans distinction basée sur l'estime, le statut socio-économique, l'origine ethnique, le sexe, la religion [12], ou même l'affect qu'ils génèrent chez le médecin [13].

3. *Compter sur l'idée de vertu*

Il pourrait être inquiétant d'écarter la notion de vertu de l'éthique médicale pour deux raisons. Premièrement, on associe l'excellence en médecine non seulement à l'altruisme mais aussi au développement de traits de caractère, tels que l'égalité d'humeur par exemple. La médecine est de surcroît difficile à réguler de l'extérieur : en d'autres termes, on compte sur les «vertus médicales» pour contribuer à une fonction d'autorégulation bien précise.

[11] S. Hurst, «Just Care ; should doctors give priority to patients of low socioeconomic status?», *Journal of Medical Ethics*, 35 (1), 2009, p. 7-11.

[12] World Medical Association, «Declaration of Geneva ; Physician's Oath», Genève, World Medical Association, 1948.

[13] S. Hurst, «Equity in Bedside Allocation: the Impossible Prescription?», Boston, Harvard University Program in Ethics and Public Health, 2007.

Cette crainte aussi est cependant infondée, car une grande partie de l'idée de «vertu médicale» a un contenu précis, qui ne fait pas partie de la cible d'Ogien. Ce que l'on attend du médecin sous ce chapitre est une série d'attitudes dont la justification est l'utilité pour ses patients. Si ce qui est moral dans ce qui est tourné vers soi, c'est ce qui affecte les autres, la plus grande partie de ce que l'on souhaite ici préserver le sera.

La plus grande seulement ? L'idée hippocratique d'une obligation d'exercer son art «dans la pureté» suggère qu'il pourrait subsister une controverse autour du souhait de faire du médecin non seulement un praticien altruiste, mais une sorte de modèle d'excellence humaine dans une vision «maximaliste» du bien qui serait pleinement assumée. Après tout, on admet comme socle aux règles de l'éthique médicale la nécessité pratique de protéger contre le risque d'abus de pouvoir une relation asymétrique entre un individu diminué par la maladie et ceux auxquels il confie sa vulnérabilité. On pourrait donc imaginer justifier une demande faite aux médecins d'apporter par leur comportement général une preuve tangible qu'ils sont dignes de cette confiance. Cet argument, qui réimporterait une véritable version «maximaliste» de la vertu, n'en préciserait cependant pas le contenu, et surtout n'apporterait pas d'argument convaincant quant à l'efficacité de la démarche – qui demeurerait malgré tout sa seule justification. C'est une proposition qui n'a pas les moyens de convaincre.

Même si l'on s'abstient de demander aux médecins d'incarner une version «maximaliste» du bien, on préservera pourtant l'essentiel de ce que l'on souhaite préserver dans la «vertu médicale». En d'autres termes, demander la «pureté» est superflu. Tant que l'on ne s'offusque pas de voir un médecin jouer au casino, par exemple, appliquer l'approche d'Ogien préserve la possibilité de lui demander beaucoup de «vertu», dans la mesure où ce terme est mis en relation avec autrui, à savoir ses patients. Là aussi, cette approche est tout sauf minimaliste au sens usuel du terme.

Nos trois craintes initiales – de devoir renoncer à la protection des malades contre eux-mêmes, au maximalisme de l'excellence professionnelle, et à l'idée de vertu dans la pratique de la médecine – sont donc infondées. Demeure une critique – pour autant qu'elle en soit vraiment une. Les véritables difficultés rencontrées en éthique clinique ne sont pas approfondies par les propositions d'Ogien : lorsque ses lignes argumentatives pourraient s'y appliquer, les points posant concrètement problème en clinique ne sont qu'ébauchés.

Application à la pratique clinique : quelques zones en friche

1. *Considérer suffisamment d'actes*

Certaines questions morales concernent des actes qui semblent exclus par Ogien du champ moral. Illustrons ce point par notre deuxième cas clinique.

Pierre a 25 ans. Il y a 5 ans, il a malheureusement été victime d'un accident: moto contre camion. Il a survécu – par miracle comme on dit – mais le miracle est devenu

amer quand il ne s'est pas réveillé, et il est actuellement en état végétatif persistant. Dans cet état, il est entièrement inconscient. Ses yeux sont ouverts et errent sans se fixer, il grimace parfois, et peut sembler avoir mal sans que l'on sache s'il a une expérience réelle de la douleur. Ses chances de retour à un état de veille, même un tant soit peu meilleur, sont désormais très faibles[14]. On ne sait pas ce qu'il aurait voulu dans la situation qui est devenue la sienne. Sa famille demande que l'on arrête l'alimentation artificielle qui le maintient en vie. L'équipe soignante est divisée.

Dans cet exemple, Pierre n'a rien demandé. Tous sont d'accord de ne pas lui nuire. C'est bien lui que l'on considère. Cela étant, que faire ? Deux possibilités s'offrent. On pourrait considérer que Pierre n'a plus de véritables intérêts, ni de revendications légitimes. C'est alors aux autres qu'il s'agit de ne pas nuire, et dont il faut prendre en compte les revendications. Le but serait de faire le moins de mal possible, et de donner la plus grande considération aux revendications légitimes des autres personnes impliquées. Pierre, lui, serait hors du champ moral. Peut-être n'est-il plus véritablement une personne, même si cela n'impliquerait pas qu'on ne peut pas se soucier de lui. Il est important de souligner qu'il ne s'agit ici pour personne de juger Pierre, mais plutôt de décider quelle action est moralement la moins mauvaise pour l'équipe et la famille, qui vont de toute manière agir sur Pierre d'une manière ou d'une autre. Mais dès lors que la question est celle-là, il est insatisfaisant de définir Pierre comme étant hors du champ moral. L'approche d'Ogien semble même le proscrire, étant donné que le souci de tous est ici de *ne pas lui faire de mal.* Doit-on donc considérer ce souci comme erroné ? On pourrait également, en l'absence de revendication préalable de la part de Pierre, viser la stricte non-nuisance en estimant qu'il lui reste encore cet intérêt limité : qu'on ne lui nuise au moins pas. Jusque là aucun problème, il est donc bien dans notre champ moral. Mais quelle serait alors notre conclusion ? De le laisser poursuivre ainsi, ou de le laisser mourir ? En l'absence de son avis sur ce qui lui ferait le plus de mal, on est réduit devant cette question soit à l'aporie, soit à importer – ne serait-ce que dans ce champ très limité – une idée de la bonne vie. Et l'on ne pourra pas la baser sur «une valeur impersonnelle» ou sur ce que tous souhaiteraient dans ce cas ; les risques encourus si l'on poursuit ou arrête les soins sont de nature si différente qu'il faudrait s'attendre à une variabilité importante dans les conclusions des personnes[15].

2. *Un maximalisme prescriptif*

Ce dernier exemple révèle moins un problème profond qu'une sorte d'illusion d'optique. Ogien semble en effet se concentrer surtout sur des exemples ayant la structure suivante :

[14] B. Jennett, «Thirty years of the vegetative state: clinical, ethical and legal problems», *Prog Brain Res*, 150, 2005, p. 537-543.

[15] J. Stone, «Pascal's Wager and the persistent vegetative state», *Bioethics*, 21 (2), 2007, p. 84-89.

- L'acte A est jugé interdit par certaines personnes
- Ces personnes jugent que A est interdit pour des raisons morales
- Ces raisons morales ne survivent pas à l'examen
- Donc A ne devrait pas être interdit pour ces raisons
- En conséquence, soit A devrait être permis, soit son interdiction doit être justifiée par d'autres raisons.

Mais ce schéma est limité. En se concentrant sur les raisons morales d'interdire, il se tait – assez explicitement d'ailleurs – sur les raisons morales d'admirer. Qui plus est, il obtient ce résultat en excluant tout bonnement du champ moral tout ce qui n'est ni obligatoire ni interdit. Même les considérations sur les «bons et mauvais samaritains» (*op. cit.*, p. 100 *sq.*) cherchent à fonder l'obligatoire et à en définir les limites. On pourrait argumenter que ce qui est permis est affaire de libre jugement, et donc non moral, et que ce qui est admirable est strictement esthétique, donc à nouveau non moral. Mais il n'y a rien de strictement esthétique dans un don d'organe, qui peut cependant être un acte moralement admirable. Qui plus est, est-ce une bonne stratégie que de concéder sans discussion aux «maximalistes» une troisième dimension par laquelle l'éthique peut être minimale ou maximale, à savoir la force de la contrainte ? En d'autre termes, de leur accorder que les considérations morales ne concernent que l'interdit et l'obligatoire, ses dimensions les plus pesantes ?

Dans les cas comme celui de Pierre, cette position revient à renoncer à proposer une analyse éthique de la difficulté vécue par les proches et les soignants. Doit-on poursuivre ou arrêter l'alimentation ? En Suisse, tout du moins, ni l'un ni l'autre n'est interdit ni obligatoire [16]. Et pourtant le simple fait de reconnaître chez Pierre la persistance d'un intérêt à ce que l'on ne lui nuise pas devrait inclure ce problème dans le champ moral. Si ce champ ne consiste réellement qu'en un ensemble d'obligations et d'interdits, la coexistence de deux options qui ne sont ni l'un ni l'autre génère effectivement une dissonance. Il faut que la morale ne consiste pas seulement en impératifs pour que l'on puisse discuter du poids moral relatif d'une option et de l'autre et choisir celle qui semble la meilleure.

Application à la consultation d'éthique clinique

Une grande partie de l'activité de la consultation d'éthique clinique consiste à 1) discuter du poids moral d'actions ni interdites ni obligatoires, 2) clarifier les enjeux, et 3) identifier les cas où le patient devrait avoir davantage de poids dans la décision. On pourrait donc facilement conclure que l'approche d'Ogien

[16] Académie Suisse des Sciences Médicales, «Directives médico-éthiques pour le traitement et la prise en charge des patients souffrant d'atteintes cérébrales extrêmes de longue durée», 2003.

n'a aucune implication pour la consultation d'éthique clinique. Ses praticiens soit partagent largement ses positions, soit situent leur questionnement dans des problématiques dont il ne traite pas.

Mais pour pousser la question un peu plus loin, examinons des enjeux concrets.

1. *Est-il légitime de vérifier le consentement ?*

Cette question sera illustrée par notre troisième cas :

> Alexandra a 50 ans lorsqu'elle découvre que son neveu est victime d'une cirrhose biliaire primitive. Elle est d'accord de lui donner un lobe de son foie. Cinq autres membres de la famille sont également compatibles.

Alexandra est adulte. Elle n'est pas une esclave. Elle s'est déclarée d'accord de donner un lobe hépatique à son neveu. À Genève, elle devrait rencontrer deux membres du Conseil d'éthique clinique avec lesquels on lui impose une entrevue à l'issue de laquelle ils auront le droit de dire si, oui ou non, elle pourra être donneuse. Cette précaution, même si elle a suscité des critiques [17], est très répandue. S'agit-il de juger de la moralité de l'acte d'Alexandra ? En aucun cas. Même lié à la notion d'autonomie, le consentement ne sert pas à rendre une action moralement bonne. Il sert à signaler que la personne exerce effectivement sa liberté. Mais là est précisément la difficulté. S'agissant d'un risque qu'Alexandra va prendre pour autrui, et dans l'accomplissement duquel nous serons ses auxiliaires, il nous importe d'être convaincus qu'*il s'agit bel et bien de son choix.* Ne pas le faire reviendrait à accepter le risque que le receveur, par exemple, la traite en mineure en ne lui laissant pas l'occasion de dire non. Se méfier de la simple expression de son consentement est d'autant plus justifié, que le risque qu'elle va encourir est important et que les risques de pression le sont également [18]. Les critères employés ne sont pas autodestructeurs au sens où l'entend Ogien : ils ne rendent pas un consentement jugé valable impossible. Preuve pragmatique en est que la plupart des candidats au don deviennent donneurs. Mais pas tous : cet espace de parole est parfois pour eux l'occasion de changer d'avis, devant une information qui avait été jusque là mal comprise, par exemple. Ce type de cas illustre également qu'il est simpliste de considérer la personne qui consent comme n'ayant face à elle qu'un seul interlocuteur susceptible d'exercer sur elle une domination ou de la traiter avec arbitraire. On ne se trouve pas dans une relation binaire entre une personne susceptible d'être dominée, et une autre susceptible d'exercer

[17] V. Fournier, E. Beetlestone, F. Plainguet, S. Branchereau, E. Jacquemin, O. Scatton, O. Soubrane, «Le consentement dans le don vivant d'organe : un alibi éthique ?», *Bioethica Forum*, 1 (2), 2008, p. 115-120.

[18] A. E. Buchanan, D. W. Brock, *Deciding for Others; The Ethics of Surrogate Decision Making*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990.

une domination. Il y a un troisième acteur, lui aussi susceptible d'exercer une pression qui nierait l'égale considération des revendications d'Alexandra. Le reconnaître ne représente ni une condamnation de sa décision, ni une raison de l'empêcher de la mettre en pratique. La vérification du consentement sert ici non pas d'instrument de paternalisme, mais de contrepoids à des sources de pression extérieures contre lesquelles la personne concernée peut avoir besoin d'appui.

2. *Un exemple à large spectre : l'assistance au suicide en milieu hospitalier*

La question du statut moral de l'assistance au suicide a bien des enjeux, et soulève souvent beaucoup d'émotion. Il importe donc particulièrement de garder en tête la réalité, et la diversité, des situations singulières. Notre quatrième cas clinique, réaliste, ne prétend cependant pas plus que les précédents représenter entièrement la question qu'il illustre.

> Simone a 72 ans. Elle est atteinte d'un cancer digestif qui s'étend à son foie, ses os et son cerveau. Elle a mal, mais sa douleur est assez bien contrôlée par une combinaison de médicaments qu'elle supporte sans effets secondaires importants. Elle est hospitalisée en soins palliatifs, et leur efficacité lui est utile. Elle supporte mal, par contre, d'être dépendante des autres. Elle dit perdre le fil de sa vie et ne pas vouloir continuer dans ces conditions. Elle demande une assistance au suicide.

Il est important de souligner que l'éthique «minimaliste» d'Ogien laisse ouverte la question de la légalisation de l'assistance au suicide, en se contentant d'argumenter qu'il ne devrait pas être interdit *pour des raisons morales.* Or, même si l'assistance au suicide ne saurait être interdite pour *pour des raisons morales,* un des arguments phares que ses opposants font valoir est de nature différente. Ils avancent que cet acte n'est *jamais raisonnable*, car issu systématiquement d'une maladie mentale ou d'un contrôle insuffisant de la souffrance[19]. Ces deux situations, en effet majoritaires dans le cas du suicide «tout court», n'admettent aucune alternative dans cette argumentation, ce qui est une conclusion empirique erronée car contraire aux faits[20]. Mais l'important est que ces arguments ne condamnent pas le suicide *pour des raisons morales.* Une partie des enjeux se situent donc dans des problématiques dont Ogien ne traite qu'incomplètement.

Doit-on accepter la demande de Simone ? Accepter que l'assistance au suicide ne doive pas être interdite *en raison d'une condamnation morale de la*

[19] S. Hurst, A. Mauron, «The ethics of palliative care and euthanasia: exploring common values», *Palliat Med*, 20 (2), 2006, p. 107-112.

[20] J.V. Lavery, J. Boyle, B. M. Dickens, H. Maclean, P. A. Singer, «Origins of the desire for euthanasia and assisted suicide in people with HIV-1 or AIDS : a qualitative study», *Lancet*, 358 (9279), 2001, p. 362-367.

personne qui la demande, ne permet de loin pas de répondre à cette question. Considérer cette demande comme issue d'une maladie mentale nécessiterait de considérer Simone comme malade du seul fait qu'elle l'exprime. Juger que cette demande est due à un contrôle insuffisant de sa souffrance nécessiterait de considérer tout contrôle comme insuffisant tant qu'il n'aboutit pas à renoncer à une demande d'assistance au suicide. L'un et l'autre reposeraient sur une argumentation circulaire, et évacueraient la question plutôt que de l'aborder. Alors que faire ? Il s'agit ici d'enjeux spécifiques soulevés par les applications concrètes d'une telle assistance. Aborder ces questions librement peut nécessiter d'admettre – même hypothétiquement – que l'assistance au suicide puisse être acceptable dans certains cas. On ne peut donc guère reprocher à Ogien de prendre les enjeux dans l'ordre où ils se présentent conceptuellement, et d'argumenter sur le principe avant de s'aventurer dans l'examen de cas plus concrets. En Suisse, nous avons par ailleurs, du moins ce plan conceptuel, une longueur d'avance puisque l'assistance au suicide est légale dans la mesure où la personne qui la demande est capable de discernement, et où le motif de celle qui fournit l'assistance au suicide est altruiste[21].

En France, défendre l'assistance au suicide dans une consultation d'éthique clinique – et je le répète, je ne pense pas que ce soit une conséquence de l'éthique d'Ogien – mettrait les équipes dans une situation inextricable. Si l'application de l'égale considération donnait lieu à une obligation (et non à une permission) d'assistance au suicide dans le cas où un patient exprimerait par là un choix véritablement sien, les soignants auraient l'obligation de fournir cette assistance, donc de transgresser la loi et de risquer la prison. Au nom d'une éthique minimale, même si elle peut impliquer des exigences élevées pour les soignants, ce serait absurde. Les principes de l'éthique minimale permettent d'éviter cette situation, pour autant que l'on ne perde pas de vue que l'assistance ne peut pas davantage être imposée que le suicide lui-même. Mais le détail de l'argumentation qui mène à cette conclusion n'est pas si clair. Il pourrait à première vue sembler plausible d'argumenter que les médecins ne peuvent être contraints d'assister un suicide, car prendre au sérieux leurs revendications exigerait ce respect. Mais cette revendication aurait-elle *une valeur impersonnelle* ? On peut en douter, et par là douter de la validité de cette première ligne argumentative. On pourrait également avancer que contraindre ainsi les médecins serait leur nuire, et que c'est là la raison pour laquelle on doit s'abstenir. Mais s'agirait-il de la sorte de dommage qu'Ogien reconnaît comme moralement pertinente ? S'agissant d'un dommage psychologique, il est permis là aussi d'en douter ; évoquer un dommage à l'intégrité morale serait trop s'approcher de l'idée de vertu pour attribuer facilement cette interprétation à Ogien. On se heurte ici à la nécessité d'un travail argumentatif plus approfondi sur le contenu de notions comme «revendication», «non-nuisance» ou

[21] Code pénal suisse, art. 115. *Cf.* à ce sujet : S. Hurst, A. Mauron, «Assisted suicide and euthanasia in Switzerland : allowing a role for non-physicians», *Bmj*, 7383, 2003, p. 271-3.

«dommage» telles qu'elles sont employées par Ogien. Si l'on accepte l'idée que l'assistance au suicide ne peut être obligatoire, une idée que semble malgré tout défendre Ogien, on n'aurait pourtant pas d'implication non plus dans ce cas de figure. On doit tout simplement s'attendre à voir les médecins français, qui risqueraient la prison, refuser plus souvent d'assister au suicide que les médecins suisses pour lesquels cet acte est légal dès lors qu'ils respectent certaines conditions.

Le milieu hospitalier ajoute un degré de complexité à la question de l'assistance au suicide, car cette situation est à nouveau de celles où la domination peut avoir plusieurs sources. L'hôpital est une structure très hiérarchisée où la délégation d'actes même difficiles fait partie du quotidien. Si l'on y autorise l'assistance au suicide, comment garantir qu'il ne sera pratiqué que par des personnes qui sont vraiment d'accord ? Le Conseil d'éthique clinique de Genève a recommandé en 2006 que l'on accepte, dans certaines conditions définies, l'intervention de personnes extérieures pour «assister le suicide» de patients hospitalisés qui l'auraient demandé. Cependant, face au risque que l'assistance soit imposée aux soignants par leur hiérarchie, ou simplement par le truchement du planning des présences, le Conseil a préféré recommander d'interdire tout bonnement la participation des employés de l'hôpital à l'assistance au suicide. S'agit-il de paternalisme ? Sans doute certains voient-ils ici une limite arbitraire à leur liberté de pratiquer un acte qu'ils jugent justifié. Mais on évite ainsi des situations où l'on nuirait à des collègues, et l'interdit ne concerne que la pratique intra-hospitalière.

S'il est peut être licite d'interdire un acte pour éviter qu'il ne soit imposé, pourrait-on conclure de manière similaire que, pour prendre un exemple cher à Ogien, la prostitution devrait être interdite afin d'éviter le risque de la contrainte ? La comparaison de ces deux exemples, même si elle peut surprendre, illustre justement les limites qu'il y a à généraliser les conclusions, tirées ailleurs par Ogien, au domaine médical. Premièrement, dans le cas du suicide assisté, il ne s'agit pas d'en interdire entièrement la possibilité. L'acte reste possible dans l'hôpital pour autant que la personne qui «assiste le suicide» ne soit pas employée par l'hôpital, et hors de l'hôpital pour tout citoyen motivé par l'altruisme, selon la loi suisse. La protection contre la contrainte ne concerne donc que les personnes inscrites dans une hiérarchie qui a la possibilité d'exercer une domination. On pourrait rétorquer à ce stade que cela n'est pas le cas de toutes les prostituées non plus. La deuxième différence, cependant, est qu'un hôpital est une institution où la capacité à exercer une domination reste justifiée dans certains cas – on ne délibère pas démocratiquement autour d'une réanimation cardiaque – et non dans d'autres – peut-être devrait-on délibérer plus démocratiquement sur les conditions dans lesquelles on pratique une réanimation cardiaque, mais hors de l'urgence. Les réseaux de proxénètes et de «traites des femmes», les institutions ayant capacité à exercer une domination sur les prostituées, n'existent qu'à cette fin, et sont dépourvues de toute justification pouvant moralement les légitimer par ailleurs. La domination n'est pas

ici un effet secondaire, mais la raison d'être de l'institution. C'est donc ici à cette domination, et non à l'acte de la prostitution, qu'il s'agit de s'attaquer. Une conclusion dans laquelle Ogien se reconnaîtrait. Même s'il peut exister des situations où une institution hospitalière exerce une domination abusive, cependant, vouloir abolir l'hôpital serait une mauvaise idée. Dans une telle institution, la capacité d'exercer une domination est un effet secondaire de mécanismes par ailleurs souhaitables. Le but d'une personne qui souhaiterait diminuer la capacité de domination d'une telle hiérarchie devrait être de provoquer l'évolution de caractéristiques spécifiques à des situations concrètes au sein d'une institution par ailleurs justifiée. On peut bien sûr souhaiter que des mesures prenant acte d'un risque de contrainte moralement problématique sur des soignants, telles que la recommandation du Conseil d'éthique clinique, ne soient que temporairement nécessaires. Elles demeurent cependant une solution clairement préférable à l'interdiction de la structure hiérarchique qu'elles visent à contrebalancer.

Conclusion

Les craintes que l'éthique «minimaliste» d'Ogien puisse mener dans la pratique clinique à abandonner la protection des patients contre eux-mêmes, la notion d'excellence ou l'idée de vertu en médecine sont infondées. De fait, les implications de cette approche pour la pratique clinique et la consultation d'éthique clinique sont beaucoup plus exigeantes que ne pourrait le laisser penser le terme de «minimaliste». Elles sont également nettement plus restreintes dans leur champ d'application que l'on ne pourrait le prévoir. Dans certains cas, la raison en est un alignement avec des principes que l'on tente déjà d'appliquer. Mais il s'agit en fait surtout d'une différence dans le champ d'intérêt. Dans le passage du plus vieux métier du monde au métier de médecin, certains aspects ne se généralisent pas sans autres. L'application d'approches «minimalistes» de l'éthique, telles que celle d'Ogien, à la pratique clinique demeure un chantier ouvert.