

Ma conviction reste que si l'expertise en éthique ne peut appartenir à quiconque en particulier, il y a néanmoins un besoin montant d'une certaine forme d'expertise en éthique. »

Emmanuel Hirsch, « A la vie, à la mort » : au tribunal de l'éthique, 8 Février 2012, [www.huffingtonpost.fr](http://www.huffingtonpost.fr)

Eirini R, Fournier V. « Strengths and limitations of considering patients as ethics 'actors' equal to doctors: reflections on the patients' position in a French clinical ethics consultation setting ». *Clinical Ethics*, 2009 ; 4 : 152-155

## ■ L'expert et l'expertise en éthique dans le monde de la santé

Véronique Fournier, cardiologue, médecin en santé publique, directrice du Centre d'éthique clinique, hôpital Cochin, Paris, France

La question du statut de l'expert en éthique dans le monde de la santé est devenue omniprésente en quelques mois dans l'espace public. Elle m'a été posée tant de fois, en si peu de temps, et par des voies si différentes, à la fois nationales et internationales, qu'elle devient impossible à contourner. Qu'en penser, pourquoi surgit-elle, pourquoi maintenant et pourquoi m'interpeller moi ?

Probablement à cause de cette aventure d'« éthique clinique » dans laquelle nous nous sommes engagés, à quelques uns, il y a tout juste 10 ans maintenant, si controversée à l'époque, justement au nom que nous nous serions illégitimement autoproclamés *experts* en éthique, par le seul fait de proposer une consultation d'éthique clinique dans un hôpital public. « Au tribunal de l'éthique », titrait encore très récemment dans le Huffington Post Emmanuel Hirsch, Professeur d'éthique à Paris, en parlant de nous : « Notre État de droit mérite mieux face aux situations extrêmes de la vie, que de déléguer à des officines la gestion des réalités humaines et sociales qui en appellent à des arbitrages justes »<sup>1</sup>. La controverse reste âpre.

Et pourtant, dix ans plus tard, ma conviction reste que si l'expertise en éthique ne peut appartenir à quiconque en particulier, et certainement pas à un dénommé expert, il y a néanmoins un besoin montant d'une certaine forme d'expertise en éthique dans le monde de la santé, ainsi que d'une certaine institutionnalisation de l'éthique, pour des raisons fort intéressantes et qui méritent d'être analysées, tendance à laquelle il convient probablement de répondre,

mais surtout pas ni en professionnalisant l'éthique, ni en la confiant à des experts. Bref, en matière d'éthique : des experts non, une expertise oui !

Je développerai ici mon propos en trois parties successives. Je reviendrai d'abord sur ce que l'expérience d'éthique clinique m'a appris à propos de l'expertise en éthique. Puis, je m'efforcerai de montrer pourquoi personne ne peut selon moi, à soi seul, se proclamer expert en éthique dans le monde de la santé, au sens où l'on est expert dans d'autres domaines scientifiques notamment. Enfin, je défendrai l'idée qu'il m'apparaît nécessaire de développer des procédures visant à élaborer une certaine expertise collective en matière d'éthique sur les sujets de santé, pour répondre à cette demande montante d'institutionnalisation de l'éthique, signe de grande vitalité démocratique.

### L'expérience d'éthique clinique : « officine » ou expertise ?

L'idée en ouvrant une consultation d'éthique clinique était de proposer à ceux qui le souhaitent, patients, proches, équipes soignantes, une aide et un accompagnement à la réflexion en cas de décision médicale difficile à prendre sur le plan éthique, car soulevant un conflit de valeurs. Je ne décrirai pas ici le fonctionnement de cette consultation. Cela a déjà été abondamment fait<sup>2</sup>. La façon dont nous travaillons à l'hôpital Cochin à Paris s'inspire largement du modèle nord-américain de consultation d'éthique clinique, et notamment de ce qui se pratique chez Mark Siegler, au MacLean Center for Clinical Medi-

cal Ethics de l'hôpital de l'Université de Chicago où je suis allée me former en 2001. En adaptant le modèle à son propre contexte, l'inspiration française l'a quelque peu transformé, notamment pour en faire, dès l'origine, un outil dit de *démocratie sanitaire*. En effet, le Centre d'éthique clinique de Cochin est d'abord un enfant de la loi de 2002 relative aux droits des malades. Pour cela, il fonctionne comme une instance citoyenne ayant pris le parti d'agir en tant que tiers, d'être un lieu de débat d'une décision à venir et difficile à prendre. Le groupe est conçu à cette fin. Ici, le tiers n'est pas un personnage isolé, mais un collectif aussi divers que possible et constitué de membres issus de la société civile, venus de tous horizons et ayant accepté de s'investir dans cette aventure et de s'entraîner pour cela en suivant un cursus de formation *ad hoc*. Il s'agit d'aider les gens, le patient concerné ou ceux qui le représentent, ainsi que le médecin et l'équipe soignante qui l'ont en charge, à prendre ensemble la moins mauvaise des décisions, et à dépasser pour cela leurs clivages. Il ne s'agit pas de dire l'éthique. L'éthique est proposée comme un chemin de dialogue. L'hypothèse est qu'en s'engageant tous à ce niveau d'échange, chacun sera amené à considérer la position de l'autre comme une position *a priori* aussi respectable et défendable que la sienne au plan éthique, et donc digne d'être au moins envisagée et discutée.

La méthode est fondée sur quelques postulats, dont nous avons pu vérifier la pertinence au cours des années. Je citerai au moins trois d'entre eux, plus utiles que d'autres pour la démonstration qui nous concerne.

Le premier est que précisément personne n'est plus expert que l'autre sur les questions qui arrivent chez nous, ni le médecin, ni le philosophe, ni le juriste, qu'ils aient déjà été formés ou non

à l'éthique, ni aucun autre membre de la société civile ; tout au plus détiennent-ils chacun un morceau d'expertise, en particulier disciplinaire, qui peut être utile à l'élaboration d'une expertise collective, nous y reviendrons.

Le deuxième est qu'à l'inverse, la personne qui détient une authentique expertise éthique, particulièrement pertinente pour le débat en cours, est la personne au premier chef concernée par la situation clinique soumise à réflexion, c'est-à-dire le patient ou son représentant : il s'agit là d'une expertise issue de l'expérience concrète, en train d'être vécue. L'hypothèse est que face à une expérience de vie particulièrement dramatique et douloureuse, en tout cas significative pour l'individu qui la rencontre, comme le sont toutes les situations sur lesquelles nous sommes amenés à travailler en éthique clinique, ce dernier va mobiliser les ressources les plus intimes et constitutives de lui-même. La position qu'il exprime est donc toujours une position de sujet, c'est-à-dire d'acteur de lui-même, au sens plein du terme : une position d'agent moral. Comme si les circonstances étaient telles, qu'elles lui interdisaient le luxe de tricher ou de rester superficiel.

Le troisième postulat qui fonde la méthode utilisée chez nous est que sur de telles questions, aussi complexes, on réfléchit toujours mieux à plusieurs, et venus d'horizons divers. Ici, s'il y a expertise, elle est collective. Elle se construit et s'élabore au cas par cas. Elle s'enrichit du regard de chacun, qui incite à aller toujours plus loin et à démultiplier les arguments. Elle se renouvelle en fonction de chaque contexte singulier ; et la façon dont est constitué le groupe d'éthique clinique cette fois-là en fait partie, autant que les éléments factuels qui composent le cas au plan clinique et médical. La discussion collective permet notamment d'être vigilant quant aux

postures et projections que l'on peut avoir chacun, et aussi collégialement. En effet, ces dernières sont facilement à l'origine de réactions à l'emporte-pièce. Or, en matière d'éthique clinique, il n'est pas question de se contenter d'une position qui n'aurait pas été soupesée au trébuchet. Il faut que la réflexion soit aussi ouverte, collective et *a priori* accueillante que possible, tant sont lourdes les conséquences pour l'individu en cause, d'aller à l'encontre de la demande très souvent hors normes qu'il porte. Ici, la question qui se pose ne doit pas être de savoir s'il convient de répondre oui ou non à la demande qui est faite et qui fâche, il s'agit plutôt de bien vérifier, lorsqu'on est enclin à dire non, s'il y a d'authentiques arguments éthiques et lesquels, permettant de légitimer un tel refus. En somme, soyons clairs : chez nous, la position du patient ou de son représentant prévaut jusqu'à preuve du contraire, par le simple fait que c'est lui qui joue sa peau, au sens premier du terme, tant il est vrai que les questions qui nous sont soumises engagent souvent la vie ou la mort, de soi ou d'un être proche. Il n'en découle pas pour autant que la position du patient ou de celui qui le représente ne se discute pas, mais il est vrai que ce choix, de faire primer au premier chef sa parole, est un trait méthodologique, constitutif, éthique, pourrait-on dire, que nous avons fait et que nous assumons comme tel. La délibération éthique collective n'en devient pas pour autant superfétatoire. Mais elle part de cet *a priori* selon lequel la position la plus légitime au départ sur le plan éthique est davantage la position du patient que la position de quiconque.

Certes, on l'aura compris, l'avis d'éthique clinique, tel qu'il émerge du travail du groupe, est à chaque fois unique, c'est le propre de la démarche casuistique. En cela, il pourrait être assez juste de le qualifier d'officiel, comme on le dit

d'une potion pharmacologique préparée pour un état pathologique particulier. Mais ce n'est pas ainsi que le mot est entendu lorsqu'il est employé pour nous disqualifier. Nous concernant, le vocable est clairement utilisé aux fins de renvoyer une image peu professionnelle et manquant précisément d'expertise : nous serions assimilables à une arrière-cuisine dans laquelle se concocteraient des médicaments relevant du charlatanisme plutôt que de la pharmacopée officielle. Il y aurait les « experts » en éthique, quand nous appartiendrions nous, plutôt au camp des Diafoirus ! Voilà qui tombe bien : il se trouve que nous ne revendiquons aucunement un quelconque statut d'experts en éthique ! Pour Diafoirus, chacun jugera !

### Qui est l'éthicien ?

Et qui est l'expert d'abord ? Puisqu'accepter de se faire reconnaître comme éthicien suppose de se prévaloir expert en éthique : l'expert éthicien en santé existe-t-il, et du reste peut-il, doit-il exister ? Pour tenter de répondre à cette question, je m'interrogerai d'abord sur qui est l'expert en général, et scientifique en particulier, sa place et son rôle dans la société actuelle, puis j'évoquerai la question très controversée de savoir s'il existe ou non une forme d'expertise morale, enfin je défendrai la position selon laquelle l'expérience accumulée pendant dix ans d'éthique clinique n'autorise en rien à s'imaginer avoir acquis une quelconque expertise individuelle en la matière ; cela inviterait plutôt à s'en méfier !

Géographe et chercheur, Sandrine Glatron soulignait déjà en 1997, dans la revue *Vacarmes*, la croissance montante de la demande en experts et en expertise : « Les experts, formels ou incompétents, sont partout. [Ils] sont de plus en plus sollicités, dans des domaines toujours plus variés. D'où vient cette croissance de la demande, s'interrogeait-elle ? »<sup>3</sup>.

Elle parlait en l'occurrence d'expertise scientifique et pour elle, le rôle de cette dernière serait essentiellement d'aider à définir les risques associés aux nouvelles pratiques technologiques : « Le recours aux experts, dit-elle, témoigne de l'évolution de notre image du monde du fait de la technique : l'idée même de maîtrise de la nature est devenue si prégnante que tout accident, catastrophe, naturels ou technologiques non prévus ou contrôlés, apparaissent comme des scandales ». <sup>4</sup> La tâche principale de l'expert est devenue de « fournir les éléments de connaissance utiles pour prendre une décision à caractère politique, quel que soit le champ concerné par le sujet » <sup>5</sup>. L'idée sous-jacente est que la connaissance disponible est devenue tellement vaste sur des sujets toujours plus pointus et multiples, qu'il est le plus souvent impossible au décideur, notamment politique, de la maîtriser suffisamment pour prendre les décisions qu'il a à prendre. La demande croissante d'expertise viendrait de cette nécessité de l'aider à faire des choix, tenant compte par exemple des risques liés à ces choix, et de l'importance nouvelle prise dans la société par le principe de précaution. Le politique fait appel à des *sachants*, capables non seulement de faire la synthèse de l'ensemble de la connaissance disponible sur un sujet, mais également capables de l'aider à mettre en perspective les conséquences éventuelles de ses choix. C'est ainsi que progressivement l'expert devient conseiller, avec le risque que les responsabilités se brouillent, que son expertise impose la décision, et que le politique n'ose plus s'en affranchir. L'avis d'expert en vient à légitimer à lui seul la décision politique. Hormis le fait que d'autres paramètres mériteraient probablement d'être pris en considération pour décider, au-delà de la seule dimension du risque, la place prise dans la décision par l'expert est également problématique en cela que cette

« expertise scientifique à finalité politique », comme l'appelle Marie-Angèle Hermitte <sup>6</sup>, est souvent menée dans des conditions procédurales qui ne permettent pas de garantir sa qualité. En effet, selon cette juriste et chercheuse émérite - ses recommandations s'appuient sur ce point sur le principe de fonctionnement de l'expertise judiciaire - les conditions procédurales de garantie d'une expertise que sont l'indépendance, le pluralisme, le principe du contradictoire et enfin la transparence existent encore bien peu en la matière.

Il existe une autre conception de l'expert, qui le considère non seulement comme un sachant au sens de celui qui a la connaissance objective d'un domaine, mais plus encore comme quelqu'un « dispos[ant] d'une expérience spécifique qui le rend plus apte que d'autres à donner des avis ou des conseils précieux à ceux qui en ont besoin » <sup>7</sup>. Celui qui écrit cela est Martin Winckler. Il est médecin et on peut en effet assez facilement admettre que la définition de l'expert qu'il propose soit particulièrement pertinente en médecine, où la seule connaissance scientifique et technique ne suffit pas toujours à faire un *bon* médecin et où chacun reconnaît volontiers le rôle essentiel de l'expérience clinique accumulée. « Un expert, poursuit Winckler, est quelqu'un qui par expérience a accumulé une somme de connaissances dont disposent peu d'autres hommes ou femmes » <sup>8</sup>. Sa définition de l'expert est assez « élitiste », et il attire dans le même temps l'attention sur la nécessité de ne pas confondre spécialiste et expert : pour lui, par exemple, les médecins spécialistes ne sont pas experts du seul fait qu'ils sont spécialistes. Dans son acception de l'expertise, l'expert est quelqu'un de « plutôt rare », et à l'entendre, il aurait tendance à être de prime abord plutôt circonspect devant qui se qualifie ou est qualifié comme tel.

« En matière  
d'éthique : des experts  
non, une expertise  
oui ! »

4. *ibid.*

5. *ibid.*

6. Marie-Angèle Hermitte, « L'Expertise scientifique à finalité politique, réflexions sur l'organisation et la responsabilité des experts », *JUSTICES* N°8, Décembre 1997, pp 79-104.

7. Martin Winckler, [blogue.passeportsante.net/martinwinckler/2010/03](http://blogue.passeportsante.net/martinwinckler/2010/03)

8. *ibid.*

10 Christopher Cowley, *A new rejection of moral expertise*, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 2004.

11 *ibid*

12 Albert Jonsen, *Commentary : Scofield as Socrates*, *Cambridge Quarterly of HealthCare Ethics* ; 1993, 2 (4).

Il se rapproche en cela de Christopher Cowley qui, lui, s'intéresse plus spécifiquement à l'expertise morale et discrédite aussi en la matière le statut d'expert<sup>9</sup>. Cowley commence par distinguer deux types d'experts : ceux à qui on attribue des capacités « performatives », et ceux que l'on cantonne à des fonctions strictement « descriptives ». L'expert descriptif serait celui qui est capable d'apporter la connaissance scientifique disponible à un instant T sur un sujet, quand l'expert performatif serait celui à qui l'on reconnaît de notoriété publique que son avis doit être le bon, compte tenu de l'expérience unique qu'il a accumulée sur le sujet sur lequel il est interpellé. Cowley récuse l'existence d'une quelconque expertise, descriptive autant que performative, dans le domaine moral ou éthique. D'ailleurs, il récuse aussi le concept d'*éthicien* (ou éthicien, mais pour lui l'appellation qu'il entend démontrer est particulièrement celle d'*éthicien* employée pour faire résonance phonétique avec l'appellation d'autres spécialistes médicaux comme par exemple les anesthésistes ou les ophtalmologistes). Sa démonstration nous intéresse ici du fait qu'elle est très précisément centrée sur l'exercice d'éthique clinique et médicale. Il rapporte les arguments des philosophes lorsqu'ils défendent l'idée selon laquelle l'éthique fait partie de leur domaine d'expertise. Leurs arguments sont classiquement au nombre de trois, dit-il. Le premier est que l'expertise morale fait partie de leur champ disciplinaire, eux seuls peuvent savoir ce qu'elle est, ils y sont naturellement introduits par formation et profession. Le deuxième est que l'expertise morale se mesure en termes de capacité à justifier de façon cohérente une argumentation morale, ce que précisément ils sont entraînés à faire (expertise descriptive). Le troisième réside dans le fait que s'ils choisissent de s'investir dans le champ de l'éthique clinique

et médicale, leur capacité professionnelle à « l'élucidation conceptuelle, la consistance logique et la justification argumentative »<sup>10</sup>, associée à la confrontation régulière sur le terrain à des cas d'éthique clinique compliqués à propos desquels ils sont appelés, leur confèrent à la longue une sorte d'expérience intellectuelle que l'on peut appeler « expertise morale » (expertise performative). Sur ce point, Cowley cite Albert Jonsen, co-auteur avec Mark Siegler du premier manuel nord-américain d'éthique clinique : « L'expertise en éthique clinique résulte de l'expérience. L'*éthicien* est celui qui a rencontré beaucoup de cas, et a pu étudier leurs analogies et la façon dont les règles et maximes sont sollicitées et comprises pour la résolution de chacun d'eux »<sup>11</sup>.

La réfutation de Cowley est lapidaire : le raisonnement moral à soi seul, quelle que soit la pertinence de son articulation, ne suffit pas à conclure quant à la *bonne* décision à prendre en termes éthiques. « Les *éthiciens* se sont trompés sur la place du raisonnement dans la perception morale d'une situation, la délibération, et l'action, dit-il. Le *sens* d'une situation pour un individu donné et la façon dont il va choisir de la vivre se révèlent à travers les raisons morales qu'il décline pour argumenter son point de vue » : ainsi, selon Cowley, le raisonnement éthique est secondaire, et non premier, dans l'élaboration d'une position morale. « Nous sommes tous des experts en éthique, ou alors aucun de nous ne l'est », conclue-t-il. Pour lui, personne ne saurait être crédité d'être plus expert en moralité que quiconque d'autre : autrement dit, l'expertise morale n'existe pas au sens où si quelqu'un la détenait, cela supposerait implicitement que d'autres ne la détiennent pas. A travers son propos, il dénonce notamment sa propre discipline, la philosophie : « Les philosophes moraux n'ont aucun rôle particulier à jouer dans les

comités d'éthique, dit-il ; l'erreur est de penser qu'ils ont plus d'autorité que les non philosophes, en matière de moralité ; [...] le faire croire contribue à donner du philosophe l'image de quelqu'un de non professionnel, mais de présomptueux, moralisateur, et sermonneur »<sup>12</sup>.

On le voit, il existe une méfiance certaine vis à vis de l'expert, assez communément partagée si l'on en croit les auteurs cités ci-dessus, et jusque dans la population elle-même, puisque, comme le dit très justement Marie-Angèle Hermitte : « Le public a développé une profonde méfiance vis-à-vis de l'expertise scientifique [...], il est devenu très évident aujourd'hui qu'un enjeu politique tourne autour de la disponibilité d'expertises indépendantes, qui puissent faire apparaître la diversité des hypothèses, plutôt que de donner le sentiment d'une science officielle monolithique, suspectée de cacher des informations pour assurer la défense des grands intérêts économiques et des petits intérêts corporatistes ».

Notre expérience d'éthique clinique nous conduit aux mêmes conclusions. Comme beaucoup, nous nous méfions des experts et nous défendons d'être considérés comme tels. Je ne crois pas m'avancer beaucoup en disant qu'au-delà du médecin que je suis, ces conclusions sont partagées par la plupart des autres membres du groupe d'éthique clinique, quelle que soit leur discipline d'origine, jusques et y compris les philosophes. Je détaillerai plus particulièrement trois arguments à l'appui de cette thèse selon laquelle l'expert en éthique clinique ne saurait exister, et que l'expérience n'y change rien.

D'abord effectivement, personne dans le groupe n'a le monopole du corpus de connaissance ou d'expertise nécessaire à conduire à lui seul une élaboration éthique satisfaisante face à une situation clinique singulière. L'ensemble de tous

les arguments et savoir-faire disponibles autour de la table sont versés au pot de la délibération. Et c'est précisément l'ensemble de ces regards et conversations croisés qui finissent par constituer le socle de ce qui va émerger comme production éthique, s'il en émerge une, sur le cas considéré. Marie Gaille, philosophe et membre depuis plusieurs années du groupe d'éthique clinique, souligne du reste combien la méthode « interpelle le philosophe », l'obligeant « à abandonner toute position surplombante ». « En éthique clinique, dit-elle, le philosophe redevient homme parmi les hommes et ne saurait pas mieux ni plus que les autres hommes ce qu'il faut faire dans une situation donnée »<sup>13</sup>. Elle cite Hunyadi à l'appui de son propos qui dénonce lui aussi cette tendance habituelle de la philosophie à trop facilement se substituer au point de vue des acteurs : « C'est une règle générale qu'arrivé au terme de sa construction, le philosophe a en catimini substitué au point de vue de ceux qui vivent la morale le point de vue théorique de celui qui la pense. Cette confiscation par une troisième personne, le philosophe, de ce qui devrait rester le point de vue des premières personnes, les acteurs moraux eux-mêmes, est le vice philosophique le plus communément partagé en théorie morale »<sup>14</sup>.

Par ailleurs, l'expérience n'y fait rien, ni l'expérience de la méthode, ni celle des cas accumulés. L'expérience de la méthode a tout au plus le mérite de pousser à la mise au point d'une procédure de fonctionnement qui devient progressivement plus fine, adéquate et systématisée. Mais cette systématisation et *procédurisation*, à la fois du travail d'instruction du cas singulier à propos duquel nous sommes interpellés et du travail de délibération collective qui suit, ne saurait suffire à elles seules à constituer expertise, ou du moins expertise morale ou éthique. Certes, il est possible

12 Christopher Cowley, *op. cit.*

13 Marie Gaille, *Le retour à la vie ordinaire : un enjeu épistémologique de la réflexion éthique*, *Raison Publique* ; à paraître, 2013.

14 M. Hunyadi, *L'homme en contexte - essai de philosophie morale*, Paris, Les éditions du cerf, 2012.

15 Marta Spranzi, in "The normative relevance of cases: Rhetoric and empirical ethics", *The Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, vol. 21/4, 2012, pp. 481-492).

d'admettre qu'à l'usage, nous avons acquis une certaine expertise en matière d'identification et d'élucidation des arguments éthiques en présence, ainsi qu'en matière de délibération pluridisciplinaire, ce qui peut probablement être considéré comme un point constitutif d'une démarche plus éthique, mais ceci ne saurait suffire à soi seul pour prétendre détenir une expertise en éthique.

Quant à l'expérience accumulée du fait des cas successifs, pourquoi ne pas admettre, comme Jonsen ou d'autres éthiciens américains, que la force de la répétition finit par être constitutive en elle-même, d'une certaine expertise « performative », dans le champ de l'éthique clinique ? Un cas n'éclaire-t-il pas le suivant... qui lui-même éclairera le suivant... jusqu'à ce que finisse par émerger une sorte de logique qui pourrait de fil en aiguille aller jusqu'à faire le lit d'une certaine « jurisprudence » ? C'est en effet une conception possible de l'approche casuistique, mais elle n'est pas la nôtre. Et il nous apparaît à l'inverse qu'à agir ainsi, loin d'y gagner, nous y perdrons notre âme. Dans notre approche, il ne faut justement pas que la réponse au cas de demain puisse être systématiquement déduite de la réflexion menée à propos du cas d'hier. Cela viderait de son sens la démarche elle-même ; d'une part, parce que cela ruinerait l'idée que chaque situation à l'étude est unique, du fait de la singularité à chaque fois des acteurs et du contexte en présence – comme le dit Marta Spranzi, « les véritables cas d'éthique clinique sont des cas dits « sauvages », c'est-à-dire irréductiblement uniques<sup>15</sup> – ; d'autre part, parce que justement, cela empêcherait le cas de demain de venir contredire l'état précédent de la réflexion éthique et la faire progresser dans une autre direction ; enfin, parce que cela reviendrait à admettre qu'il y a une « vérité » éthique contenue dans la question en débat, or nous pensons que la « vérité »

éthique n'existe pas et le travail éthique importe plus que son résultat. C'est précisément pourquoi nous mettons tout en œuvre pour lutter contre ce danger qui pourrait effectivement nous guetter de verser malgré nous dans une certaine tendance à nous ressentir experts à force d'expérience. C'est pour cela par exemple que le groupe se renouvelle en permanence. Personne ne sait comment il va être constitué lors de la délibération organisée à propos d'un cas considéré, c'est-à-dire qui va être présent ce soir-là à la discussion et donc comment elle va tourner. C'est pour cela aussi que chaque année, le groupe d'éthique clinique accueille en son sein de nouveaux membres, en veillant à ce que sa composition reste aussi diversifiée que possible. Enfin, c'est également pour cela qu'après dix ans d'exercice, je me pose la question à titre personnel de savoir si je dois continuer d'y participer et si je ne pèse pas trop lourd malgré moi sur les délibérations du groupe. Celui-ci pourrait en effet devenir déséquilibré, ce qui compromettrait la qualité de la délibération pluridisciplinaire, si quelques membres en son sein en venaient à avoir une voix trop prédominante et autoritaire, au nom de leur ancienneté et de leur expérience accumulée.

### **Pourquoi développer une expertise collective en matière d'éthique dans le monde de la santé ?**

Même si l'expert en éthique clinique ne saurait exister, sauf à ruiner l'intérêt de la démarche d'éthique clinique par elle-même, comme je viens d'essayer de le démontrer, il me semble néanmoins essentiel de prendre acte que s'exprime effectivement un besoin montant en une certaine forme d'expertise en éthique dans le monde de la santé, auquel il mériterait probablement d'être répondu.

ique  
pré-  
tout  
nger  
gnet-  
cer-  
rts à  
par  
e en  
nent  
éra-  
nsi-  
it ce  
nent  
ussi  
ique  
lou-  
e sa  
que  
our  
me  
sa-  
r et  
moi  
ti-ci  
; ce  
dé-  
lues  
voir  
ori-  
de

re

ne  
de  
lle-  
le  
es-  
ef-  
ine  
que  
né-

Du reste, la demande d'expertise en éthique qui ne cesse de s'amplifier depuis quelque temps ne s'arrête pas au monde de la santé. Elle semble contaminer de proche en proche nombre d'autres secteurs de la vie publique. Les raisons en sont probablement une certaine nouvelle nécessité démocratique. Il serait trop long ici d'approfondir les causes de celle-ci. On se contentera pour l'heure de ce constat : il y aurait comme une nécessité de systématiser l'interrogation éthique avant que de prendre d'importantes décisions collectives. Il serait aujourd'hui demandé au politique que lorsque sont rediscutées, dans n'importe quel secteur de la vie publique, les conditions du *Vivre ensemble*, il puisse garantir que ces dernières vont être élaborées en respectant les règles de la délibération éthique. Comme si la délibération éthique devenait la nouvelle méthode de référence de la délibération démocratique. Probablement est-ce parce que les règles de procédure de la délibération éthique – ou celles qu'on lui prête –, garantissent mieux que celles utilisées précédemment, le souci et le respect d'un certain nombre de principes qui nous tiennent à cœur collectivement.

Au fond, dans cette demande sociale émergente d'expertise en éthique, l'intérêt est probablement moins dans le résultat lui-même que dans la démarche, comme cela a été le cas pour nous au Centre d'éthique clinique.

Comme je l'ai dit, nous avons en effet découvert au travers de notre expérience d'éthique clinique, que son intérêt était moins sa force en termes de production éthique que sa performance comme nouvel outil de dialogue. La confusion entre « dire l'éthique » et « être au travail de l'éthique » ne s'est vraiment clarifiée pour nous qu'au fil de l'expérience. A Cochin, nous dirions aujourd'hui que nous sommes moins un

centre d'éthique – disant l'éthique –, qu'un centre qui s'intéresse aux questions éthiques, posées par la pratique clinique quotidienne ; et si nous aidons à y répondre, c'est moins en recherchant la « vérité » éthique face à une situation singulière, qu'en ouvrant le dialogue autour des enjeux éthiques qu'elle soulève. Nous ne développons pas une « expertise éthique », dont nous avons montré qu'elle serait plutôt contre-productive, mais au mieux une expertise délibérative ou procédurale que l'on pourrait qualifier d'« expertise démocratique ». Comme le dit Marie Gaille<sup>16</sup>, en faisant référence sur ce point à l'idée défendue par la sociologie morale d'inspiration durkheimienne ou webérienne, il s'agit presque d'« une démarche sociologique, consistant à fabriquer de la morale comme on fabrique un fait collectif » ou à faire collectivement œuvre de morale, si ce n'est à véritablement en fabriquer. A ce compte, la réflexion éthique deviendrait « un produit provisoire, négocié et sans cesse renouvelé »<sup>17</sup>.

Le produit fini s'éloignerait alors assez considérablement d'une autre conception de l'éthique, comprise comme plus référente, universelle et permanente. Ici, la production s'apparenterait à un produit politique ordinaire, n'ayant d'autre vocation et mérite que d'être en prise étroite, consistante et cohérente avec le collectif par lequel et pour lequel elle a été élaborée. « Dans les entretiens d'éthique clinique, dit Marie Gaille, chacun est au travail, au travail de l'éthique – formulant des questions, énonçant des hypothèses, rappelant des principes, des convictions, des valeurs, soutesant le poids des uns et des autres dans la décision à prendre »<sup>18</sup>. C'est ce travail qui fait la réalité du groupe et la valeur de sa production. Au fil des débats, les valeurs communes ou différentes sont clarifiées, ainsi que le poids relatif qu'il convient d'y accorder ; les désaccords peuvent-ils, doivent-ils être

16 Marie Gaille, *op. cit.*

17 *ibid*

18 *ibid*



considérés comme des désaccords « raisonnables »<sup>19</sup> au sens rawlsien du terme, ou non, que faut-il en faire ? Petit à petit, la réponse à ces questions méthodologiques fait socle commun. C'est ainsi que la méthode en elle-même apparaît comme une avancée démocratique. La mise au travail de l'éthique serait une nouvelle méthode de dialogue social. Dans une telle perspective, l'inspiration éthique est en quelque sorte utilisée pour garantir la qualité du dialogue social et témoigner de l'exigence du cadre dans lequel on entend qu'il se déroule.

Comme on le voit, on est assez loin ici de l'expertise scientifique à finalité politique que décrivaient ci-dessus Sandrine Glatron et Marie-Angèle Hermitte. Pour autant, il continue d'y avoir régulièrement des besoins d'expertise scientifique à finalité politique qui s'expriment dans le champ de l'éthique en santé. Ou du moins, est-ce ainsi que les sujets sont abordés. Par exemple, lorsque le politique se pose la question de savoir s'il convient d'autoriser la recherche sur les embryons, ou le recours à la gestation pour autrui. Les personnes sollicitées pour l'épauler dans sa décision sont alors essentiellement des experts en moralité publique, ou qui ont été mises en situation d'être considérées comme telles. Par ailleurs, d'autres voix s'élè-

vent, souvent depuis des personnes qui se considèrent par elles-mêmes expertes dans le domaine en question... en général soit parce que philosophes dans le champ de la philosophie morale ou d'ailleurs politique, soit parce que professionnels de la santé et travaillant dans le champ scientifique en question. On a dit la méfiance du public vis à vis de ce type d'experts, qu'ils soient désignés ou autoproclamés. Du reste, c'est souvent que le débat sur ce type de questions tourne à l'empoignade, sans possibilité de dépasser le niveau de la controverse éthique pour-contre.

On gagnerait, probablement, dans ces cas à ne pas chercher « la » réponse éthique – qui n'existe pas –, ni les bons experts capables de dire l'éthique en la circonstance – ils n'existent pas –, mais plutôt de recourir à une méthode de dialogue social, répondant aux exigences éthiques que réclame aujourd'hui la société, lorsqu'il s'agit de faire évoluer les règles du *Vivre ensemble* : l'éthique comme inspiration, comme méthode de délibération démocratique plutôt que comme fin, réponse, « vérité ».

La demande montante dans ce nouveau type d'éthique et d'expertise éthique est sans nul doute un signe de grande vitalité démocratique.