



VOYER, Gilles, *Qu'est-ce que l'éthique clinique ? Essai philosophique sur l'éthique clinique comme réactualisation de l'éthique aristotélicienne*

André Duhamel

Volume 54, numéro 1, février 1998

Éthique et corps souffrant

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/401154ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/401154ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Faculté de philosophie, Université Laval

ISSN

0023-9054 (imprimé)

1703-8804 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce compte rendu

Duhamel, A. (1998). Compte rendu de [VOYER, Gilles, *Qu'est-ce que l'éthique clinique ? Essai philosophique sur l'éthique clinique comme réactualisation de l'éthique aristotélicienne*]. *Laval théologique et philosophique*, 54(1), 211–214. <https://doi.org/10.7202/401154ar>

Christ sans être dans le corps » (p. 38). « L'Église n'est pas la somme des baptisés, mais leur "vie commune", c'est-à-dire leur vie en *communio* » (p. 65) ; ou encore : « Le Corps ecclésial du Christ ne consiste donc pas en une addition de membres, un tout quantitatif » (p. 76). Cela est rappelé avec bonheur à notre Église au moment où on la conçoit comme un centre de services où l'on peut obtenir des rites privés ou familiaux pour sacraliser les étapes importantes de l'existence.

Cet ouvrage permet également de dépasser les équivalences faciles et courantes entre « communion » et « communauté ». Si l'Église est une communion, elle ne prescrit pas forcément une forme de socialisation particulière qui serait la communauté. Elle propose plutôt la « fraternité » ou promeut une forme originale de socialisation, l'assemblée des frères. Telles sont les catégories proprement scripturaires. « l'Église existe en étant *Agapē* » (p. 39). Finalement, la délicate question du « sacrifice », question refoulée ou taboue, et si souvent traitée avec maladresse, est reprise de manière fine et approfondie.

Bref, un ouvrage qui ne sert pas seulement de réponse à des objecteurs ou à un « théologien inquiet », mais un ouvrage qui va à contre-courant de la proposition de l'individualisme chrétien et qui ose reproposer le lien entre eucharistie et Église. Enfin, cet ouvrage, qui s'approche du genre « dossier », permettra à ceux qui ont peu fréquenté les textes patristiques, de se ressourcer à la grande Tradition de l'Occident et de l'Orient.

Gilles ROUTHIER
Université Laval, Québec

Gilles VOYER, Qu'est-ce que l'éthique clinique ? Essai philosophique sur l'éthique clinique comme réactualisation de l'éthique aristotélicienne. Montréal, Artel-Fides (coll. « Catalyses »), 1996, 184 pages.

M. Gilles Voyer, médecin et directeur des services professionnels de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, publie ici un travail d'abord présenté comme thèse de maîtrise en philosophie à l'université de cette ville. Il faut saluer la parution de ce petit ouvrage, moins parce qu'il apporterait une contribution significative à l'histoire de la clinique ou aux études aristotéliciennes — telle n'est pas sa prétention — mais plutôt parce que sa tentative originale de repenser ensemble éthique et clinique réintroduit dans le débat québécois en éthique appliquée une notion relativement négligée chez nous depuis la Révolution tranquille, celle de prudence. Or le retour à la prudence dans le néo-aristotélisme récent et dans la bioéthique américaine actuelle laissait présager sa « réactualisation » au Québec. C'est maintenant chose faite.

M. Voyer a pour projet de conceptualiser la clinique comme une « manière d'agir », celle du praticien clinicien, de telle sorte qu'elle apparaisse aussi comme un agir éthique : « Cette union de deux manières d'agir est notre objectif ultime » (p. 18). L'auteur divise en conséquence son ouvrage en trois parties. Dans la première il retrace, en s'appuyant sur les travaux de M. Foucault et G. Canguilhem, « la transformation de la clinique » depuis sa naissance au XIX^e siècle jusqu'à nos jours. La rupture majeure intervient vers le milieu de notre siècle, et elle exige de penser la clinique autrement que comme une activité diagnostique par observation directe. Cette conception ne vaut plus, affirme l'auteur, car, d'une part, la médiation technologique s'impose maintenant pour voir la lésion et, d'autre part, la normativité propre au cas remplace désormais l'idée de normalité. Une autre conception de la clinique s'avère nécessaire, une conception qui en fasse autre chose que l'application de la science médicale, mais au contraire en reconnaisse le caractère particulariste et pragmatique (p. 55). Selon cette conceptualisation de la clinique comme manière d'agir, le clinicien

est un particulariste, et le jugement clinique, la saisie du particulier. La clinique concerne la décision prise au chevet du malade singulier (*klinikos* = « alité »); ce qu'il convient de faire pour son bien est propre à chaque cas, car ici le malade représente sa propre norme. C'est ce qu'exprime Voyer en soulignant que le jugement clinique comporte une visée ou une normativité propre au cas. On comprend alors que le savoir clinique relève avant tout de l'expérience, celle que l'on a soi-même acquise et celle que l'on reprend de praticiens modèles, et représente des habitudes nouvelles impliquant une transformation de la personne. « Être clinicien, c'est agir d'une certaine manière [...] Pour qu'il y ait action clinique, il faut donc qu'il y ait transformation du médecin en clinicien » (p. 67).

Cet accent sur la singularité de l'expérience et la formation du caractère annonce l'« interprétation de l'Éthique à Nicomaque », objet de la seconde partie de l'ouvrage. Ici, la plupart des philosophes et des éthiciens seront en terrain connu, terrain d'ailleurs bien ratissé par l'auteur qui s'attarde à l'essentiel — l'idée spécifiquement aristotélicienne d'intellect pratique — et laisse les querelles de détails aux spécialistes. L'éthique d'Aristote constitue pour partie un rejet de l'intellectualisme platonicien, comme le montre sa définition de la vertu morale (une disposition, non une connaissance) et l'importance de la délibération (la recherche *in situ* de la juste mesure ou du juste milieu). Elle est particulariste et centrée, comme le remarque bien Voyer (p. 97), sur le souci de soi (c'est-à-dire celui de la vie bonne, et non le souci du moi égoïste) et le bien commun (l'homme vertueux « se soucie de lui-même à la manière dont il se soucie de l'autre » et de chacun, p. 100). À la manière aristotélicienne, l'éthique clinique sera celle qui détermine le juste milieu ou la normativité propre au cas, en vue d'une action de soin adaptée à chaque malade. La *phronesis*, vertu intellectuelle, sera justement la capacité de trouver en chaque situation particulière la modalité d'action représentant la juste mesure. La prudence, selon Aristote et l'auteur, ne se réduit pas à une intuition, un instinct ou un simple flair : c'est une opération intellectuelle nécessitant la délibération. La délibération ne représente cependant pas une activité théorique, car elle demeure ordonnée aux vertus morales et à l'agir dans le monde contingent. Si la prudence met bien en œuvre une certaine généralité, un savoir moral tiré de l'expérience, il n'y a pas, en revanche, de définition abstraite de la prudence, de règle ou de principe de prudence à appliquer aux cas : « c'est parce que nous connaissons l'homme prudent que nous connaissons la prudence » (p. 106). Cette circularité ne peut qu'agacer les partisans d'une éthique des règles : délibérer correctement, c'est délibérer comme le prudent, qui est celui capable de bien délibérer en se donnant sa propre règle ; mais elle est tout simplement celle de la dynamique d'apprentissage de la vertu. L'auteur distingue utilement chez Aristote une « prudence au sens restreint » d'une « prudence au sens large » (p. 108) ; cette dernière s'accompagne de vertus supplémentaires comme l'intelligence critique, la bonne disposition envers autrui, et la capacité de saisir les limites du faisable dans une situation.

Dans la dernière partie, « Conceptualisation de l'éthique clinique », Voyer expose le résultat de la conjonction recherchée entre éthique et clinique, d'abord en expliquant la relation de sollicitude à laquelle engage l'action de soin (p. 125), ensuite en la contrastant avec l'approche « bioéthicienne » de la clinique, et enfin en énonçant une série de onze « maximes » tirées de sa propre expérience pratique en gériatrie. Ce dernier point mérite attention car, bien que l'éthique clinique ne s'apprenne pas dans les livres ni ne s'enseigne en tant que telle, « l'expérience a son mode d'expression publique », le précepte ou la maxime (p. 153), comme celle-ci : « L'évaluation du malade appelle à la rigueur, à la retenue et à l'écoute » (p. 156). Ces énoncés ne sont pas des impératifs universels ou une parole moralisatrice, mais des recommandations permettant le partage et la discussion de l'expérience.

L'éthique clinique conçue comme réactualisation de l'éthique aristotélicienne s'oppose ainsi à la conception faisant de la clinique le simple point d'application de n'importe quelle éthique. À cet égard, l'attrait de la *phronesis* se comprend facilement : elle présente en effet une alternative au « déductivisme » en bioéthique et à la réduction de l'agir à la technique. Par là, on espère combler la distance séparant la théorie et la pratique dans notre exercice et notre compréhension du jugement moral. Ce retour à Aristote et à la prudence n'est cependant pas aussi « exotique » (p. 74) que semble le croire Voyer, car le modèle de l'application en éthique appliquée et les conceptions rationalistes en philosophie morale plus généralement subissent l'assaut de critiques nombreuses et variées. Pourtant, l'abandon relatif de la prudence avant son actuel retour répond aussi à certaines raisons, qui sont peut-être bonnes, ce que ne manquent pas de rappeler ses contempteurs. Plusieurs affirmations polémiques de Voyer, lorsque vient le temps pour lui de distinguer l'éthique clinique telle qu'il la conçoit des conceptions courantes de la bioéthique (surtout celle du canadien D. Roy), prêtent d'ailleurs le flanc à ces critiques. Ainsi en est-il des deux propositions suivantes. 1) Le jugement clinique conçu comme jugement prudentiel détermine le préférable (le juste milieu), et non le prescrit ou l'interdit, comme le fait, dit-il, la bioéthique. « La prudence ne pose pas la dynamique éthique en termes de conflit, car même en l'absence de tout conflit la recherche du préférable demeure présente » (p. 146). Il est notoire que les principales éthiques modernes, de même que la bioéthique contemporaine, se structurent selon le paradigme du conflit de valeurs, du problème moral à résoudre ou du désaccord. Elles représentent des éthiques minimales du juste ou des règles équitables. Sur ce point, l'éthique aristotélicienne, et l'éthique clinique selon Voyer, sont plutôt des éthiques maximales du bien ou de la vie bonne. Or, que peut valoir la prudence et le modèle de l'homme prudent en cas de conflits persistants ? La prudence nous enjoint-elle, par exemple, de considérer comme un « bon clinicien » le Dr Kevorkian, ou celui (celle ?) qui a hâté les derniers jours de Sue Rodriguez ? 2) Dans la même foulée, Voyer reproche à la « conception bioéthicienne » de tomber dans un relativisme individuel, car elle privilégierait l'idée que chaque cas se règle selon ce qu'en pense le médecin ou le malade. Dans la perspective prudentielle d'Aristote, soutient-il, « le malade et le praticien choisissent ensemble. C'est pourquoi la notion de consentement ne figure pas dans cette démarche » (p. 149). On peut aisément convenir que le modèle du contrat, qui privilégie l'autonomie, propose une relation médecin-patient bien mince et susceptible des dérives bien connues de l'individualisme ; mais les raisons de son émergence puis de sa généralisation, malgré tout récente, ne provenaient-elles pas du possible *paternalisme* de la relation de confiance et d'amitié que semble proposer la prudence ? Voyer n'est pas aveugle à ces problèmes, et son ouvrage offre certaines ressources pour en discuter, comme de souligner que « le prudent n'est pas un homme seul » (p. 110) et que l'accord raisonnable entre collègues est lui-même requis par la prudence (p. 144). Ils sont cependant exemplaires des réticences qui se manifestent face au retour à la prudence dans le contexte contemporain, et qui surgissent toutes au moment de penser sa dimension publique ou sociale.

La normativité propre au cas ne peut être fixée par le prudent qu'à condition que le bien visé, la santé, apparaisse non problématique et que la pratique de la médecine soit suffisamment homogène. Or la modernité se caractérise par la pluralité des biens, y compris en ce qui concerne la définition de la santé et de la bonne pratique médicale, comme le montrent à l'envi les débats sur l'euthanasie, la répartition des ressources médicales, les visées de la médecine (curative ou préventive) et ses types préférables (médecine douce, médecine traditionnelle ou scientifique). La diversité des biens — le « fait » moderne du pluralisme — impose apparemment une limite à la prudence et semble expliquer que l'on veuille faire de l'éthique clinique une « forme autonome » de pratique médicale, magnifiant la délibération individuelle, à côté de « la façon bioéthicienne de penser l'éthique [comme éthique] des politiques publiques » (p. 151). Mais elle risque alors de négliger le

contexte institutionnel de la pratique médicale contemporaine, comme d'ailleurs le fait que cette dernière ait également un rôle social inscrit dans une profession. D. Callahan résume bien ces objections : « l'éthique clinique, écrit-il, est valable et utile aussi longtemps qu'elle peut toujours être dépassée² ». Les éthiques modernes prétendent justement assurer ce « dépassement » : elles font prévaloir la primauté du juste sur le bien, de la raison publique sur la prudence, et affirment des droits universels dont le poids normatif se veut préalable à la particularité des situations concrètes où œuvre le jugement du prudent. L'articulation moderne entre l'éthique et le politique ne permet plus sans difficulté de référer au *phronimos* comme à un témoin du bien commun dans les désaccords interpersonnels et les conflits sociaux. L'expérience du désaccord et les moyens d'y faire face changent en conséquence : l'éthique s'inscrit alors dans un système public de règles impersonnelles devant assurer l'égalité et la justice. Puisque la dynamique de la prudence n'est pas celle du conflit, elle ne peut constituer notre unique source et ressource morale, mais demande comme complément obligé un « vocabulaire normatif public ».

Il existe des tentatives de conciliation entre les exigences opposées du jugement prudentiel et celles du raisonnement moral impersonnel et il en est d'exemplaire, comme celle de Paul Ricœur³. Par ailleurs, le fait que la prudence aristotélicienne ne puisse plus remplir un rôle architectonique dans les conditions des sociétés démocratiques et pluralistes ne signifie pas nécessairement son effacement de la sphère publique, car le jugement prudentiel a aussi toute sa place en déontologie, en droit et en politique. La prudence engage une « morale du possible », de la mesure et de l'incertain, bien adaptée à nos désarrois et désenchantements postmodernes. Le petit ouvrage de Voyer, qui intéressera tant les cliniciens que les éthiciens, a le mérite de réaffirmer la possibilité d'une raison pratique, autant que sa modestie, face aux rationalisations technicienne et bureaucratique. Les efforts de ce genre permettront une meilleure intelligibilité du « nouveau » éthique actuel, y compris en éthique « appliquée ».

André DUHAMEL
Université du Québec à Montréal

2. Daniel CALLAHAN, « Does Clinical Ethics Distorts the Discipline ? », *Hastings Center Report*, 26, 6 (1996), p. 28.

3. Voir Paul RICŒUR, « Les trois niveaux du jugement médical », *Esprit*, 227 (1996), p. 21-31.