

1 Chemins
Philosophiques

Gilbert
H ottois

Qu'est-ce que la Bioéthique ?

la bioéthique

VRIN

formuler les arguments et les objections, son goût pour la réflexion critique poursuivie radicalement, devraient normalement le conduire à occuper une place *unique en son genre* dans le débat bioéthique. Cette fonction est plus formelle que substantielle : un rôle de *vigilance logique et méthodologique*. Le philosophe peut aider à l'analyse et à la formulation des présuppositions, très souvent implicites et même inconscientes, des divers discours ; il peut aider à la clarification systématique de certains concepts en explicitant leurs diverses acceptions, à l'établissement des arguments et des contre-arguments ainsi qu'à la mise en évidence des incohérences ; il peut aider à dégager les points de consensus et les questions irréductiblement conflictuelles parce qu'elles renvoient à des concepts, des présupposés et des valeurs de base inconciliables. Il peut veiller à ce que tous les points de vue puissent s'exprimer, veiller à ce que les objections soient prises en considération même si elles sont très minoritaires. Il peut rappeler aussi que pour beaucoup de questions ayant une portée éthique, la discussion n'atteint jamais une conclusion définitive, car les interrogations renvoient à des conceptions de l'être humain, de son origine et de ses fins, à des représentations du monde, de la nature et du temps, à des vues sur la société et sur l'histoire, inconciliables. Il peut enfin aider à montrer que cette irréductible multiplicité théorique ne constitue pas un empêchement automatique à la conclusion d'accords contextuels et pragmatiques. Ce faisant, le philosophe préserve utilement au moins la forme des anciens privilèges qui plaçaient la philosophie dans une position de surplomb critique par rapport aux autres discours.

4.2. Les ressources diverses de la philosophie morale

La bioéthique puise abondamment dans les éthiques théoriques et pratiques de l'histoire de la philosophie. Elle

s'est aussi efforcée de construire sa propre théorie : le principlisme. Nous présentons d'abord celui-ci ; ensuite, nous illustrerons quelques ressources plus traditionnelles actualisées ; nous terminerons par l'éthique procédurale qui associe le souci moral et le souci méthodologique du philosophe.

4.2.1. Le principlisme

« Principlisme » est un anglicisme (*principlism*)¹ désignant un ensemble de principes éthiques minimaux universellement acceptables destinés à guider la solution de conflits survenant dans la pratique biomédicale en milieu pluriethnique. Le principlisme est une approche typiquement américaine indissociable de l'essor de la bioéthique jusque vers la fin des années 1980 lorsqu'il devint l'objet de critiques croissantes. Le contexte de sa conception est la société américaine muticulturelle (communautarisme) et individualiste, ainsi qu'une pratique médicale de plus en plus technologique² et contractualiste³, en rupture avec le paternalisme dominant dans l'éthique médicale traditionnelle. Le principlisme répond à la demande de règles simples et claires guidant la prise de décision en milieu pluraliste. Sa première expression est le *Rapport Belmont* (1978-1979)⁴ qui ne retient que trois

1. Certains préfèrent « principalisme ».

2. Expérimentale et élargissant le possible (greffe d'organes, vie prolongée, procréation médicalement assistée, psychotropes, tests prédictifs, etc.), à condition d'y mettre le prix.

3. Au sens où la relation médecin-patient constitue un contrat également défini par les deux parties, et non plus un rapport inégal et implicite où le patient s'abandonne aveuglément à la compétence et à la décision du médecin supposé ne vouloir et ne faire que ce qui est le mieux pour son patient.

4. De « Belmont House », lieu des réunions. Le rapport fut d'abord publié dans le *Federal Register*, Washington D.C., avril 1979. Son origine est dans les travaux de la première commission nationale d'éthique déjà conçue dans un sens pluraliste : la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1974-1978), voulue par le Gouver-

principes (respect des personnes, bienfaisance et justice); la mouture classique est celle de Beauchamp et Childress (1979), *Principles of Biomedical Ethics*¹, avec les quatre principes : autonomie (PA), bienfaisance (PB), non-malfaisance (PNM), justice (PJ)².

Voici une présentation sommaire de ces principes.

a) Le PA affirme que le patient est une personne libre de décider de son propre bien et que celui-ci ne peut lui être imposé contre sa volonté en faisant usage de la force ou en profitant de son ignorance. Le PA constitue le fondement de la règle du consentement libre et informé. Il entre en conflit avec le paternalisme, bien qu'il n'empêche pas le patient de s'en remettre volontairement à son médecin. Philosophiquement, il est souvent introduit dans le sillage de la morale kantienne du respect de la personne et associé à la défense de la liberté individuelle de John Stuart Mill. Il est présenté cependant comme moralement « neutre » ou « formel », c'est-à-dire n'engageant aucune conception particulière du bien.

b) Le PB concerne les conceptions substantielles du bien. L'agir éthique ne postule pas seulement le respect de la liberté de l'autre; il comporte la visée du bien. Comme ces visées sont multiples, dépendantes des individus et des communautés, le PB doit être subordonné au PA. Ce n'est plus la traditionnelle

nement américain suite à la révélation scandaleuse d'expérimentations biomédicales sur des personnes non consentantes. Le Kennedy Institute of Ethics (Georgetown, Washington D.C.) a joué un rôle très important dans l'imposition du principlisme classique.

1. Oxford University Press, 5^e éd. 2001.

2. À souligner aussi le rôle de la première édition de l'ouvrage de Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*, Oxford University Press, 1986. La seconde édition (1996) rebaptise le principe d'autonomie « principe de permission », après la condamnation des morales de l'autonomie par l'Encyclique *Veritatis Splendor* (1993).

« règle d'or »¹ qui s'applique, mais une règle telle que : « Fais à autrui ce qu'il veut qu'on lui fasse ». Le paternalisme médical traditionnel apparaît dès lors comme une éthique relevant de visées de bienfaisance qui ne respectent pas le primat du PA.

c) Le PNM rappelle un aspect de l'éthique médicale traditionnelle remontant jusqu'au corpus hippocratique : le fameux « *primum non nocere* » (« avant tout ne pas nuire »). Mais il le relativise en l'actualisant : la volonté du patient ne doit pas être suivie par le médecin si celui-ci la juge contraire à sa propre éthique. Celle-ci coïncide le plus souvent avec la bonne pratique médicale qui enjoint au médecin de donner au patient les meilleurs soins prescrits par l'état de l'art. Mais la position morale du médecin s'inspire aussi de conceptions philosophiques ou religieuses que ses patients ne partagent pas : si un médecin estime contre sa conscience de pratiquer un avortement ou une IAD², le PNM l'autorise à opposer un refus à cette demande. Au sein d'une société suffisamment plurielle, transparente et riche, la patiente pourra s'adresser à un confrère plus libéral.

d) Avec le PJ, on entre dans le domaine de la philosophie sociale et politique : il s'agit de réguler la distribution ou l'allocation de moyens et de ressources limités, insuffisants pour la satisfaction de tous les besoins et de toutes les demandes. Ces problèmes se posent au niveau local (listes d'attente pour les greffes d'organes ou pour l'accès à des technologies coûteuses) et au niveau global (répartition des budgets de la politique de la santé). Les réponses apportées en termes de justice distributive recourent à des critères multiples (âge, gravité, espérance de vie, ressources économiques,...) et oscillent entre les tendances libérales, utilitaristes et socialistes.

1. « Fais à autrui ce que tu voudrais qu'il te fit » et « Ne fais pas à autrui ce que tu ne voudrais pas qu'il te fit ».

2. Insémination Artificielle (avec le sperme) d'un Donneur.

Des critiques souvent adressées au principlisme se concentrent soit autour du caractère idéaliste des principes qui seraient d'une aide très faible pour éclairer les décisions à prendre dans des situations concrètes complexes, soit autour du statut privilégié du PA. Celui-ci postulerait une sorte de patient idéal : conscient, informé, libre, éduqué à l'occidentale, capable et désireux de prendre son destin en mains et subissant peu de contraintes contextuelles. Or, le patient réel est surtout caractérisé par des limites, des dépendances et des servitudes, durables ou temporaires, associées à sa culture, son éducation, sa situation familiale et professionnelle, son état psychologique, ses ressources économiques ... Considérer n'importe quel adulte comme autonome et capable de donner son consentement libre et informé est une illusion dangereuse susceptible d'entraîner autant sinon plus d'abus que l'autoritarisme paternaliste. Le concept formel d'autonomie inviterait à semblable simplification. Seule une conception substantielle du PA énonçant non un universel postulat d'autonomie des personnes, mais un impératif moral qui enjoint au médecin non seulement de respecter la volonté de son patient mais encore de cultiver et de développer l'autonomie de celui-ci, pourrait être moralement satisfaisant. Mais, du même coup, le PA ne serait que l'expression d'un PB déterminé affirmant que faire le bien, agir moralement, consiste d'abord à respecter et à cultiver l'autonomie en chaque individu, c'est-à-dire la capacité à décider consciemment, rationnellement et volontairement soi-même, sans se soumettre à l'influence d'autrui ni subir celle de sa nature (tempérament, passions, sensibilité; croyances, craintes et espoirs irrationnels). Semblable conception du PA relèverait de la morale kantienne, qui ne va pas sans un nombre considérable de présupposés substantiels, en dépit de son formalisme proclamé.

Si le principlisme classique comporte seulement quatre principes, la bioéthique n'a cessé d'inventer ou de redécouvrir d'autres principes tout au long de son histoire. Citons les principes de dignité, de sacralité de la vie, de scientificité (« ce qui n'est pas scientifique n'est pas éthique »), de sécurité (*safety*: absence de conséquences, d'effets marginaux ou de risques physiquement dommageables), de proportionnalité (avantages ou bénéfices / inconvénients, risques, coûts), de vulnérabilité (une plus grande vulnérabilité exige une plus grande protection), de précaution, du développement durable, des trois R (Remplacement, Réduction, (R)affinement: à propos de l'expérimentation sur les animaux), ...¹.

4.2.2. Ressources traditionnelles et actualisées

Elles sont nombreuses et notre présentation n'est qu'indicative; nous nous limitons à l'évocation des traditions de philosophie morale le plus souvent sollicitées dans la littérature: aristotélisme, casuistique, kantisme, utilitarisme, droits de l'homme.

1) *Néo-aristotélisme*². L'influence de la philosophie aristotélicienne – morale, théorie de la connaissance, philosophie de la nature – est diffuse et considérable, tantôt directe tantôt indirecte via des approches aussi religieuses (néo-thomisme, casuistique) de la bioéthique. Deux thèmes retiennent l'attention: la reconnaissance de la praxis et l'affirmation du finalisme.

La première s'inscrit au sein de la distinction ontologique entre deux niveaux de réalité: le réel nécessaire, immuable, essentiel, auquel l'homme ne peut nouer qu'un rapport

1. Le lecteur trouvera des entrées expliquant ces principes dans la NEB.

2. Cf. Voyer G., *Qu'est-ce que l'éthique clinique? Essai philosophique sur l'éthique clinique conçue comme réactualisation de l'éthique aristotélicienne*, Québec, Artel-Fides, 1996.