

Hubert Doucet <sup>a</sup>

## Pour des consultations éthiques appropriées aux pratiques cliniques

\_ Article original

<sup>a</sup> Programmes de bioéthique de l'Université de Montréal et unité d'éthique clinique du CHU Sainte-Justine, Montréal

**Résumé** \_ English and German abstracts see p. 55 & 56

Très tôt dans l'histoire de la bioéthique s'est posée la question des modes de travail que devait privilégier la consultation d'éthique clinique. Deux formes se sont rapidement imposées: le comité d'éthique clinique avec sa composition interdisciplinaire et le consultant en éthique clinique considéré comme l'expert dans son champ. Ces deux modes de consultation font l'objet de débats depuis maintenant trente ans. L'auteur présente d'abord les mandats qui sont confiés à ces deux instances et discute de leurs forces et faiblesses. Par la suite, il présente une expérience d'éthique clinique présentement menée au CHU Sainte-Justine à Montréal. Cette expérience cherche à tirer profit des aspects positifs des deux formes de consultation. Pour ce faire, elle fait appel aux forces du milieu qui, depuis quelques années, ont acquises des compétences en éthique. De ce fait, elle conduit à modifier les formes classiques du travail en éthique clinique.

**Mots-clés:** Bioéthique; comité d'éthique clinique; consultation éthique; dialogue éthique; éthicien clinique

L'éthique clinique est de plus en plus reconnue. Il n'en a pas toujours été ainsi, en particulier dans le monde francophone. Les mots de la bioéthique, un vocabulaire encyclopédique publié en 1993 ne mentionne pas l'expression (1). La nouvelle édition, largement revue et publiée moins de dix ans plus tard, la contient (2). Dans certains milieux, la critique à son égard continue (3). Comment penser et mettre en œuvre cette éthique clinique dans l'ensemble des milieux de santé? Si cette question m'habite depuis longtemps (4), elle a pris récemment plus d'actualité en raison de la réforme majeure que le Gouvernement du Québec a imposée au système de santé. Les divers centres de santé et de services sociaux (CSSS)<sup>1</sup> du Québec doivent mettre en place des structures éthiques et les organismes d'agrément qui évaluent ces centres exigent de chaque établissement une organisation éthique. Quelles formes ces structures prendront-elles?

Le comité d'éthique clinique constitue la réponse spontanée à la question: il est, au Québec, la seule structure connue. Est-il la forme appropriée? Répond-il aux exigences des situations vécues tant par les différents intervenants que par les patients et leurs proches? La réflexion que je voudrais proposer naît de ces questions. Elle ne se limite cependant pas au Québec. Mes contacts avec de nombreux collègues d'autres

régions, ma lecture des divers écrits et mon expérience du terrain m'amènent à penser que la question du mode de consultation en éthique se pose largement dans nos pays.

Je procéderai en trois temps. La question de l'éthique clinique et des formes qu'elle devrait prendre s'est posée très tôt dans l'histoire de la bioéthique. Le rappel historique permettra de mieux fixer les termes du débat concernant tant la nature que la mise en œuvre de cette éthique. La deuxième partie portera sur l'évaluation critique du comité d'éthique clinique et de l'éthicien clinique, les deux instruments qui se sont développés au cours des ans. La troisième partie présentera l'expérience que nous menons présentement au CHU Sainte-Justine de Montréal, centre hospitalier tertiaire pédiatrique, de manière à mieux répondre à la réalité des pratiques cliniques. Ces nouvelles approches concernent la consultation, l'éducation et l'élaboration de lignes directrices. Elles visent à favoriser le dialogue entre toutes les parties touchées par une problématique et à développer la responsabilité éthique dans le milieu.

1 En décembre 2003, le gouvernement du Québec adoptait la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Cette loi confiait aux agences la responsabilité de mettre en place un nouveau mode d'organisation des services dans chaque région basé sur des réseaux locaux de services. La création, en juin 2004, de 95 réseaux locaux de services à l'échelle du Québec a pour objectif de rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus. Au cœur de chacun de

ces réseaux locaux de services, on trouve un nouvel établissement appelé centre de santé et de services sociaux (CSSS) né de la fusion de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier. Voir: Santé et services sociaux Québec. Centres de santé et de services sociaux - RLS, <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/>, consulté le 10 décembre 2007.

## Rappel historique

Dès son apparition au début des années 1970, la bioéthique s'est définie comme interdisciplinaire. Cette approche apparaissait comme la meilleure manière d'agir pour résoudre les défis moraux que posaient les nouvelles possibilités de la médecine de pointe. Elle s'inscrivait aussi dans les tendances de l'époque, mettant en cause toute forme de paternalisme et appelant l'échange égalitaire entre les différentes parties concernées. De plus, l'IRB (Institutional Review Board) ou comité d'éthique de la recherche, en train de se mettre en place, privilégiait ce mode de fonctionnement. Enfin, les associations professionnelles médicales créaient leurs comités d'éthique et y associaient des étrangers à la profession comme des juristes, des philosophes et des théologiens. L'interdisciplinarité allait se réaliser par le travail en comité. Par conséquent, en quelques années, se multiplièrent un peu partout aux États-Unis des comités d'éthique clinique.

Au Québec, aux débuts des années 1980, apparaissent les premiers comités d'éthique clinique dont la composition est multidisciplinaire. Leur naissance ne s'est cependant pas faite sans douleurs, de nombreux médecins voyant mal l'intrusion d'étrangers dans les processus de décision médicale. Les médecins ne perdraient-ils pas leur responsabilité décisionnelle au profit d'experts ne possédant aucune expérience clinique? Même si, rapidement, il est devenu clair que ces comités n'auraient que des pouvoirs de recommandation, à la différence des comités d'éthique de la recherche qui auraient un pouvoir décisionnel, l'existence même d'un comité multidisciplinaire ajoutait un nouvel élément dans le processus de décision médicale. Si le comité de bioéthique du CHU Sainte-Justine, créé en 1984, fut l'un des premiers comités québécois, le choix du terme témoigne du malaise qui existait, dans le milieu, à propos de son mandat. Il n'allait pas intervenir dans les situations individuelles; son rôle consistait à préparer des Avis sur des sujets difficiles et exigeant des lignes directrices.

Très tôt cependant apparaît une autre orientation de travail, non pas centrée sur l'interdisciplinarité mais fondée sur la compétence de l'expert: c'est l'éthicien clinique. En 1980, Albert Jonsen pose la question de savoir si un éthicien peut être un consultant, référant au modèle classique en médecine (5). L'interrogation s'inscrit dans le contexte où des spécialistes en éthique, philosophes ou théologiens, se définissent déjà comme des consultants en éthique. Le premier consultant fut David Thomasma qui deviendra un des philosophes les plus respectés dans le champ de la philosophie de la médecine et de l'éthique médicale. Il formera un extraordinaire tandem avec Edmund D. Pellegrino à propos de la philosophie de la médecine. Comment expliquer l'arrivée de la figure de l'éthicien clinique? J'y vois deux raisons.

On peut remarquer une absence de congruence entre les modes du travail médical et celles d'un comité interdisciplinaire. Les articles de Mark Siegler, à la fin des années 1970,

critiquant sévèrement la bioéthique et proposant le développement de l'éthique clinique, en témoignent clairement (6). Cette absence de congruence est aussi clairement exprimée dans le premier article publié par le *Journal of Clinical Ethics* et co-signé par Mark Siegler, Edmund D. Pellegrino et Peter A. Singer (7). Pour cette école de pensée, l'éthique clinique naît en réaction contre la bioéthique qui s'impose alors; cette dernière est insensible à la réalité clinique et ignore ce qu'est réellement le travail quotidien du médecin dans sa relation avec le patient:

L'éthique biomédicale est une discipline plus large qui consiste à appliquer les principes éthiques à l'ensemble du savoir biomédical et à étendre l'analyse éthique de la rencontre clinique aux domaines légal et politique (8).

Les médecins ont besoin de méthodes simples pour effectuer l'analyse morale qu'exige la prise de décision; la bioéthique ne peut les aider, car elle est à des lieues de la pratique médicale (9).

D'autre part, les limites du comité apparaissent rapidement, d'où l'intérêt pour d'autres formes d'action. Les limites du comité sont principalement liées à la lourdeur de la structure: temps requis pour rejoindre tous les membres du comité, grand nombre de membres qui donnent aux personnes rencontrées le sentiment de faire face à un tribunal, difficulté de rencontrer toutes les personnes concernées par la situation, etc. Ces limites structurelles n'impliquent cependant pas que la délibération soit inefficace ou inappropriée. Dès les origines du renouveau d'intérêt pour l'éthique dans le secteur de la santé, s'est ainsi posée la question des modes de travail à développer. Qu'en est-il pour le Québec francophone et dans la Francophonie en général? Jusqu'à récemment, la plupart des centres hospitaliers francophones, universitaires ou non et peut-être davantage les universitaires, contestaient la présence de consultants en éthique clinique dans leur sein. Tant les médecins que les spécialistes de l'éthique comme les philosophes et les médecins n'en voyaient pas la nécessité. Le choix s'est donc porté uniquement sur le comité d'éthique, refusant le consultant en éthique, «cette invention anglo-saxonne», comme l'affirment certains.

## Évaluation des deux modalités de travail

Trente ans plus tard, comment évaluer le comité d'éthique clinique et l'éthicien clinique, les deux principales formes de travail en éthique clinique? En ce qui concerne le comité d'éthique clinique, l'évaluation doit se faire à différents niveaux puisque le comité se voit habituellement confier une triple responsabilité: élaboration de lignes directrices, consultation dans certaines situations difficiles, éducation du milieu.

## Le comité d'éthique clinique

Lorsqu'un comité s'engage dans l'élaboration d'un avis ou de lignes directrices, il y consacre habituellement beaucoup d'énergie et de temps. Il lui faut faire une recherche sur l'état des écrits et des pratiques sur la question, bien cerner la problématique telle qu'elle se pose dans l'établissement, consulter les gens du milieu qui sont concernés par le sujet ou devront implanter ces lignes directrices et discuter entre membres du comité pour parvenir à un texte qui fasse consensus. Cette démarche s'impose pour que l'avis soit bien accueilli par le milieu et qu'il devienne objet de référence sur la question abordée. En termes de gestion, la procédure mentionnée s'inscrit dans la démarche qualité qui, sur le plan du management, vise à s'assurer de la qualité des diverses activités de l'établissement. Les critères d'évaluation d'un établissement seront de plus en plus sensibles au type de processus d'élaboration d'un avis.

Pour accomplir ce travail dans un laps de temps raisonnable, le comité doit mettre de côté ses autres responsabilités. Dans le contexte d'une réunion mensuelle, il n'a pas la disponibilité nécessaire pour faire des consultations sur des cas complexes et préparer des activités de formation. Mon expérience de près de 30 ans comme membre de divers comités d'éthique, tant au Québec qu'en Ontario, va toujours dans le même sens: le temps énorme nécessaire pour élaborer des avis. Certains comités se sentent d'ailleurs incapables de préparer des avis, compte tenu des exigences requises. Pourtant, si ces avis sont bien construits, ils auront une influence décisive pour les services et les personnes concernés. Pour un hôpital universitaire, la préparation et la publication de ces avis font partie de la mission de l'établissement; elles s'inscrivent dans le volet recherche et celui de l'éducation.

Plusieurs comités s'en tiennent principalement, sinon uniquement, à la fonction consultation. Ils répondent ainsi à des demandes ponctuelles. La composition multidisciplinaire du comité est particulièrement intéressante pour favoriser une discussion large de la problématique du cas et dégager des orientations appropriées pour résoudre les difficultés soulevées par la situation. Depuis quelques années le *Journal of Clinical Ethics* consacre régulièrement une section à présenter l'expérience des différents membres d'un comité qui sont appelés à discuter d'un cas particulier (10). De nouveau, on se rend compte des énormes exigences que demande un tel travail. Lorsqu'un comité accepte une consultation, des heures de travail sont à prévoir: rencontres avec les principaux intervenants et les patients, ensemble ou de manière séparée selon les circonstances, consultation des écrits sur la question, vérification des règles déontologiques et légales à propos du cas, discussion entre les membres pour en arriver à une position commune et élaborer des recommandations appropriées.

La richesse interdisciplinaire du comité constitue peut-être sa faiblesse. Les professionnels de la santé n'ont pas tendance à s'adresser au comité d'éthique pour une consultation dans

une situation difficile. Plusieurs médecins répugnent à s'adresser au comité d'éthique. Deux raisons principales expliquent ce malaise. La première tient à la lourdeur du processus: nombre de membres, diversité des personnes à rencontrer, difficulté de trouver un temps de rencontre convenable à tous alors qu'il y a urgence de discuter de la situation. La seconde est liée au fait que la consultation auprès du comité d'éthique est demandée à un moment où se vit une véritable crise dans les soins. La demande est faite tardivement car le mécanisme ne correspond pas à la dynamique habituelle du travail dans les unités et vient même l'alourdir. Le comité d'éthique renvoie alors à l'image d'un tribunal qui, en fin de compte, juge de la bonne conduite à tenir et pourrait, en dernière analyse, protéger contre une poursuite devant les tribunaux. Pour un médecin, l'appel au comité d'éthique est souvent vu comme un échec et s'inscrit alors dans une pratique défensive de la médecine. Malgré leur désir de trouver un lieu où elles pourraient débattre de leurs difficultés éthiques, les infirmières ne s'adressent pas aux comités d'éthique pour demander une consultation. La structure hiérarchique rend la chose particulièrement difficile (11).

Le comité d'éthique se voit aussi confier la responsabilité de l'éducation éthique pour l'ensemble du milieu. Ce souci de l'ensemble ne peut se faire d'une manière uniforme pour tout le milieu. En effet, les problèmes varient selon les lieux et les équipes, ce qui implique de développer des stratégies de formation et de cibler les groupes selon les besoins. Pour l'hôpital universitaire, les programmes d'éducation doivent se faire en lien avec les professionnels chargés de la formation. On voit à nouveau le travail considérable qui est demandé du comité. Compte tenu des ressources, humaines et financières à sa disposition, un comité possède habituellement une faible capacité de planifier des programmes qui soient adaptés aux diverses composantes de l'institution. En général, les activités de formation éthique sont organisées pour l'ensemble du milieu: les membres organiseront une conférence annuelle ou un débat midi qu'ils offrent à l'ensemble du milieu. Ces activités sont souvent de bon niveau mais, malheureusement, ne rassemblent que peu de gens et ont peu d'influence sur la culture du milieu. Plusieurs raisons peuvent expliquer la faiblesse des présences. Peu importe les motifs, l'approche ne donne pas les résultats attendus.

## Le consultant en éthique clinique

Qu'en est-il maintenant du consultant en éthique? Dans les hôpitaux québécois francophones, jusqu'aux toutes dernières années, le modèle de l'éthicien clinique était à peu près inexistant. Depuis les cinq dernières années, certains établissements, universitaires ou non, ont commencé à engager de ces spécialistes. Leur formation de base peut varier mais com-

porte toujours une spécialisation en éthique. On pourra donc dire que cette personne est considérée comme experte et est engagée par un établissement en raison de sa compétence particulière dans le champ de l'éthique de la santé.

Sa première tâche concerne le comité d'éthique clinique. L'éthicien clinique n'en assume pas nécessairement la présidence, il en assure cependant la gestion. Sous cet angle, il doit favoriser la réalisation des objectifs du comité. Sa deuxième fonction est de répondre aux demandes de consultation que le milieu lui adresse. Normalement, ces consultations doivent se faire à travers le comité d'éthique clinique. On voit, de plus en plus, ces éthiciens se transformer en consultants. Différentes raisons peuvent expliquer ce passage. Des professionnels font face à un problème pour lequel ils attendent une réponse rapide, d'autres ont besoin d'un conseil qui va les rassurer sur la voie à suivre ou désirent parler à quelqu'un d'extérieur à la situation. Certaines équipes inviteront le consultant à venir participer à leurs réunions de service où se retrouvent médecins, résidents, infirmières et autres professionnels pour échanger sur des situations qui les confrontent régulièrement. Ici il ne s'agit pas tant d'une consultation que d'un moment d'échange qui, en fait, constitue un temps de formation à l'éthique. Le modèle «américain» commence à se mettre en place.

Ce modèle n'est pas sans soulever des questions. Le caractère interdisciplinaire qui fait la richesse de l'éthique qui a vu le jour dans les années 1960 risque d'être évacué. Pourtant de nombreux problèmes éthiques dans le domaine des soins demandent une approche large et ouverte à de multiples perspectives. De plus, si le contact individuel entre le consultant et le professionnel qui demande une consultation peut aider ce dernier, il ne favorise pas la délibération à l'intérieur des équipes multidisciplinaires pour qui les problèmes éthiques sont souvent liés à des problèmes d'absence de dialogue. En travaillant seul, à la manière du consultant, l'éthicien clinique peut «aider à résoudre les dilemmes éthiques qui surgissent dans les soins dispensés aux individus malades» (12); il n'est cependant pas assuré qu'il facilite le développement d'une démarche de réflexion collective dans le milieu. La consultation risque de perpétuer le style de gestion qui conduit à nombre de problèmes éthiques auxquels sont confrontés les milieux de santé. Cette approche ne valorise pas le dialogue et la communication.

## Une expérience d'éthique clinique

Cette troisième partie abordera l'expérience que nous menons depuis deux ans au CHU Sainte-Justine où une nouvelle structure a été mise en place. Si le Comité de bioéthique demeure, l'Unité d'éthique clinique a été créée en vue de développer divers modes de consultation. Le Conseil d'administration de l'établissement a donné au comité un triple mandat: formation et perfectionnement éthique de l'ensemble du personnel, consultation et recommandations entre autres auprès des médecins, des membres des équipes interdisciplinaires, des familles et des gestionnaires lorsque des situations individuelles impliquent des enjeux éthiques et, troisièmement, élaboration d'avis ou de lignes directrices de nature éthique concernant des préoccupations identifiées par l'établissement. Ces trois mandats demeurent mais sont exercés de diverses façons. La préparation des avis et l'ensemble du dossier éthique pour l'établissement relèvent du Comité de bioéthique. La fonction consultation est confiée à l'Unité d'éthique clinique. Quant à la responsabilité de l'éducation, elle est une œuvre commune du Comité et de l'Unité.

La préparation d'Avis représente une tâche considérable. Le Comité de bioéthique ne pouvait bien remplir cette tâche essentielle sans négliger ses deux autres fonctions. Il est particulièrement bien outillé pour préparer des avis en raison de sa composition interdisciplinaire. Celle-ci n'est pas faite de spécialistes en éthique mais de différentes catégories de professionnels sensibles aux questions éthiques. Ces membres ont le souci de l'ensemble de l'hôpital, connaissent bien les défis auxquels l'établissement est confronté et sont préoccupés de la qualité des soins à dispenser dans le milieu. À côté de deux médecins, d'une infirmière, d'une travailleuse sociale, on y rencontre un juriste, une anthropologue, un membre du public et un spécialiste de l'éthique.

La préparation d'un Avis qui soit bien construit, répond aux besoins du milieu et serve de référence dans d'autres établissements confrontés à des problématiques semblables demande de mettre en œuvre une méthodologie rigoureuse. Les membres du comité doivent d'abord s'approprier la problématique qu'on lui demande de traiter. Pour cela, s'impose la recherche de la meilleure information et la consultation la plus adéquate possible du milieu. Pour la recherche documentaire, de jeunes chercheurs se formant en bioéthique sont engagés. Pour la consultation du milieu, le comité tient des consultations formelles avec des professionnels, des gestionnaires, des parents, des patients préoccupés des questions étudiées. En même temps que se poursuit cette étape d'appropriation, commence celle de la rédaction. Cette double démarche prend environ neuf mois. Suite à ces travaux, le Comité soumet la première mouture de son Avis à la consultation. Le document est alors transmis aux personnes qui ont été consultées et à celles qui sont concernées par les recommandations qui sont faites. Après cette deuxième ronde de consultation et de révision du document, le Comité dépose l'Avis au Conseil d'administration du CHU. Ce travail dure environ une année.



Depuis l'instauration de ce mode de travail, le Comité a élaboré un premier avis portant sur l'interruption de grossesse au troisième trimestre pour anomalie fœtale (13). Un second avis, en fin de préparation, porte sur la continuité des soins vue sous l'angle de la relation patients-soignants.

L'Unité d'éthique clinique est chargée d'assurer la fonction de consultation. Celle-ci s'adresse autant aux différentes catégories de professionnels de l'hôpital qu'aux patients et à leurs familles. Elle répond à différents besoins et prend diverses formes. Une première forme vise l'aide à la décision dans une situation ponctuelle qui soulève des questions difficiles ou génère des conflits. Une deuxième correspond à ce que l'on nomme maintenant des consultations à posteriori (14). Une troisième enfin permet de discuter de problématiques récurrentes qui reviennent régulièrement dans certains services, comme l'acharnement thérapeutique ou l'arrêt de traitement. Toutes ces formes de consultation visent à aider les personnes et les équipes concernées à cheminer dans leurs réflexions et leurs décisions. Parfois, plutôt qu'une consultation formelle, un conseil sera demandé à un membre de l'Unité; le contact est alors informel.

Qui assure ces consultations? Ce sont les membres de l'Unité, des professionnels du milieu qui, en plus de leur expertise professionnelle de base, ont développé une compétence reconnue en éthique. L'Unité est composée de douze membres, médecins, infirmières, travailleuses sociales, chercheurs et éthiciens. Une consultation est menée par deux ou trois membres de l'équipe, de manière à favoriser la diversité des perspectives et éviter la critique souvent adressée au modèle de l'éthicien clinicien.

Décrivons brièvement la procédure d'une consultation pour l'aide à la décision. Si la première étape se fait entre un membre de l'Unité et une ou des personnes demandant la discussion de manière à bien préciser la problématique et la procédure, la deuxième étape réunit une large diversité d'intervenants liés à la situation. A cette étape, il est essentiel que toutes les personnes présentes se sentent invitées à prendre la parole pour enrichir le regard de toutes et tous. Au terme de cette étape se dégage habituellement un consensus sur la spécificité de la problématique mais non nécessairement sur la décision à prendre. De là s'engage une troisième étape. Il arrive souvent que les consultants rencontrent alors l'enfant, les parents ou d'autres personnes directement concernées par la situation. Un va-et-vient peut alors se vivre entre les différents acteurs et ainsi les décisions à prendre se dessinent peu à peu. Par la suite, un rapport de consultation présentant la problématique, les diverses étapes de la consultation et les recommandations qui se dégagent de la démarche est préparé par les consultants, remis aux personnes concernées et placé au dossier du patient.

L'avantage de la formule de consultation par une petite équipe est triple. La consultation peut être menée le jour même ou le lendemain de la demande. A la différence d'une consultation en comité d'éthique, ce sont les intervenants qui sont nombreux à participer à la démarche et à prendre la parole. L'image du tribunal disparaît et fait place à celle d'un échange entre égaux. Le travail en est souvent un de médiation. L'éthique ne consiste plus en une décision prise d'en haut mais en une construction collective à partir d'une large participation. C'est là un déplacement majeur du lieu où se fait l'éthique. Enfin, troisième avantage, la formule favorise le développement de la compétence éthique du milieu et participe à transformer les pratiques des services.

Les deux modalités de travail, l'élaboration des Avis en grand comité interdisciplinaire et la consultation menée en petits groupes plus spécialisés, jouent un rôle majeur dans l'éducation éthique du milieu. Elles favorisent l'échange entre les multiples acteurs engagés dans un processus de décision et centrent l'agir de chacun sur le respect de la personne malade. Elles contribuent à former une éthique du soin.

## Conclusion

La consultation éthique fait maintenant partie des services qu'offrent les établissements de santé. Elle ne représente pas simplement une réponse aux exigences des organismes accréditeurs mais aussi un besoin ressenti par de nombreux soignants et patients. Toute la question est de savoir comment seront menées ces consultations. Ces dernières peuvent devenir un instrument de contrôle protégeant la bonne réputation des établissements ou une démarche visant à favoriser le meilleur soin au patient dans un contexte difficile. Le texte a cherché à témoigner des efforts d'un milieu de soins tertiaires pour développer la seconde option.

**Conflit d'intérêts:** l'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêt en lien avec cet article.

## Abstract

### Towards the adaptation of ethics consultation to clinical practice

The methods of consultation to be used in bioethics have been discussed very early in the history of bioethics. From the beginning, two modalities have dominated: the clinical ethics committee with its interdisciplinary component and the ethics consultant considered as an expert in the field. For the last thirty years, we have debated the benefits and the limits of one over the other. The author discusses first the specific mandates of these two modes of consultation and then goes on to discuss their strengths and weaknesses. In the third part, he discusses the orientation recently taken at Sainte-Justine Hospital in Montreal. It is a teaching hospital specialized in mother-child health. This orientation rests on the positive facets of the existing modes of consultation but calls on the human resources of the hospital who, in the last

years, have developed expertise in clinical ethics. By transforming the way consultations are performed, the classical modes of work in clinical ethics are enriched.

## Zusammenfassung

### Für die klinische Praxis geeignete Ethikberatungen

Schon früh in der Geschichte der Bioethik wurde die Frage nach den geeigneten Formen der klinischen Ethikberatung diskutiert. Zwei Formen haben sich relativ schnell in den Vordergrund gedrängt: Zum einen die interdisziplinär zusammengesetzte klinische Ethikkommission und zum anderen der Berater in der klinischen Ethik als Experte in seinem Gebiet. Diese beiden Formen der Beratung sind seit nunmehr dreissig Jahren immer wieder Thema der Debatten. Der Autor diskutiert zunächst die konkreten Aufträge dieser beiden Beratungsformen und anschliessend ihre jeweiligen Stärken und Schwächen. Im dritten Teil stellt der Autor diesbezüglich die gegenwärtig eingeschlagene Richtung am Sainte-Justine Hospital in Montreal vor. Diese neue Praxis versucht, sich die positiven Aspekte der beiden Beratungsformen zunutze zu machen, indem sie auf diejenigen Experten zurückgreift, die über langjährig erworbene ethische Kompetenzen verfügen. Dadurch gelingt es ihr, die Weiterentwicklung der beiden klassischen Arbeitsformen in der klinischen Ethik voranzutreiben.

## Correspondance

Professeur Hubert Doucet  
Programmes de bioéthique  
C.P. 6128, succursale Centre-ville  
Université de Montréal  
Montréal, QC, Canada H3C 3J7

Réception du manuscrit: 14.12.2007

Acceptation: 23.01.2008

## Références

1. Hottois G, Parizeau MH, directeurs. Les mots de la bioéthique. Bruxelles: De Boeck; 1993.
2. Hottois G, Missa JN, directeurs. Nouvelle encyclopédie de bioéthique Médecine-Environnement-Biotechnologie. Bruxelles: De Boeck; 2001.
3. Hervé C, Hirsch E. Manifeste «Résister à l'idéologisation de l'éthique des professionnels de santé». 7 mai 2004, <http://www.espace-ethique.org/fr/manifeste.php>, consulté le 10 décembre 2007
4. Doucet H. Au pays de la bioéthique. Genève: Labor et Fides; 1996. p. 157 – 186; Doucet H. L'éthique clinique en contexte américain». Dans Hervé C. directeur. Éthique de la recherche et éthique clinique. Paris: L'Harmattan; 1998. p. 195 – 207.
5. Jonsen A. Can an Ethicist Be a Consultant? Dans Abernathy V. editor. Frontiers in Medical Ethics. Cambridge MA: Ballinger; 1980. p. 157 – 171.
6. Siegler M. Clinical Ethics and Clinical Medicine. Archives of Internal Medicine. 1979; 139: 914 – 915.
7. Siegler M, Pellegrino ED, Singer PA. Clinical Medical Ethics. The Journal of Clinical Ethics. 1990; 1 (1): 5 – 9.
8. Siegler M, Pellegrino ED, Singer PA. Clinical Medical Ethics. The Journal of Clinical Ethics. 1990; 1 (1): 5.
9. Baron J. Dogmatics, Empirics and Moral Medicine. Hastings Center Report. 1989; 19 (1); 41.
10. Mitchell C, Truog R. Case Reports from the Harvard Ethics Consortium. The Journal of Clinical Ethics. 2002; 13 (1); 49 – 53.
11. Gordon EJ, Hamric AB. The Courage to Stand Up: The Cultural Politics of Nurses Access to Ethics Consultation. The Journal of Clinical Ethics. 2006; 17 (3); 231 – 254
12. La Puma J, Schiedermayer DL. The Clinical Ethicist at the Bedside. Theoretical Medicine. 1991; 12; 141.
13. Comité de bioéthique. Interruption de grossesse du troisième trimestre pour anomalie fœtale Avis du comité de bioéthique du CHU Sainte-Justine. Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine; 2007.
14. Boitte P, Cadore B, Jacquemin D, Zorilla S. Pour une bioéthique clinique. Villeneuve d'Ascq: Presses universitaires du Septentrion; 2003. 97 – 101.