



paramètres

Hubert Doucet

L'éthique clinique

Pour une approche relationnelle dans les soins



Les Presses de l'Université de Montréal

L'ÉTHIQUE CLINIQUE

paramètres 

Hubert Doucet

L'ÉTHIQUE CLINIQUE

Pour une approche relationnelle dans les soins

Les Presses de l'Université de Montréal

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada

Doucet, Hubert, 1938-

L'éthique clinique : pour une approche relationnelle dans les soins

(Paramètres)

Comprend des références bibliographiques.

iSbn 978-2-7606-3386-5

1. Éthique médicale. i. Titre. ii. Collection : Paramètres.

r 724.d682 2014

l74.2

c 2014-941955-4

Mise en pages: Folio infographie

iSbn (papier) 978-2-7606-3386-5

iSbn (Pdf) 978-2-7606-3387-2

iSbn (epub) 978-2-7606-3388-9

Dépôt légal : 3^e trimestre 2014

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

© Les Presses de l'Université de Montréal, 2014

Les Presses de l'Université de Montréal reconnaissent l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Fonds du livre du Canada pour leurs activités d'édition.

Les Presses de l'Université de Montréal remercient de leur soutien financier le Conseil des arts du Canada et la Société de développement des entreprises culturelles du Québec (SODEC).

Cet ouvrage a été publié grâce à une subvention de la Fédération des sciences humaines de concert avec le Prix d'auteurs pour l'édition savante, dont les fonds proviennent du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada.

imPr imé a u c a n a d a

Introduction

Dans l'univers des soins de santé, les quatre grands principes de la bioéthique font aujourd'hui consensus. Tout le monde s'entend en effet pour fonder la pratique éthique sur les éléments essentiels que sont l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice. Pourtant, à observer un groupe de médecins discuter d'une situation éthique, ou d'infirmières suivre une formation dans ce domaine, une autre conclusion s'impose : la vision varie selon la conception qu'on se fait de la tâche clinique. Si cette dernière est perçue comme un travail scientifique portant sur des organes malades plutôt que comme l'acte d'un soignant répondant aux besoins particuliers d'une personne souffrante, le rapport à l'éthique n'est pas le même dans les deux cas.

Je crois que l'éthique des soignants doit se construire à partir de l'expérience de la maladie et s'adapter à la personne malade ; de nombreux courants vont aujourd'hui dans ce sens. Cette vision ne donne pas au patient le pouvoir absolu sur le corps soignant, mais fait ressortir que l'agir des soignants et des proches prend sa source dans le vécu du patient. Sans m'identifier pleinement à l'un ou l'autre des courants, mais en faisant appel à leur dynamique, je chercherai dans ce livre à exposer ce qui me semble les orientations éthiques à privilégier pour rejoindre effectivement le malade dans son expérience.

Dès la naissance, en 1970, de la bioéthique américaine et l'établissement, en 1971, de centres de bioéthique aux États-Unis, le Québec s'engageait de son côté dans l'aventure. En 1976, le Dr Jacques Genest, directeur de l'Institut de recherches cliniques de Montréal, créait le

Centre de bioéthique, en compagnie de David Roy qui en fut le premier directeur et qui, d'origine américaine, connaissait très bien les nouvelles orientations de l'éthique biomédicale. Le centre répondait à un besoin réel et a été très vite fréquenté par les professionnels de la santé, les professeurs de morale des universités et des cégeps, et les membres de la fonction publique qui participaient en grand nombre à ses activités.

Le développement accéléré du système de santé, l'apparition de nouvelles technologies, la transformation de la médecine et les profondes mutations culturelles – en un mot, les changements radicaux vécus par la société québécoise – ont rapidement fait en sorte que la morale, qui s'était jusqu'alors imposée, ne répondait plus à la réalité contemporaine. Ce mouvement dynamique et porteur d'espoir a insufflé un nouveau sens au mot éthique, qui s'est dégagé de celui de la morale traditionnelle. Guy Bourgeault a bien résumé cette sensation de libération :

La *morale* [...] apparaît comme *fermée*, pour reprendre l'expression de Bergson ; et elle enferme en imposant des comportements obligés. L'*éthique*, par contre, essentiellement *ouverte*, résiste aux enfermements et les dénonce ; elle déploie des horizons sur lesquels la liberté créatrice et responsable fera se profiler desseins, projets, luttes. (1997 : 31)

Dans la francophonie, le Québec a été à l'avant-garde de l'éthique et a réalisé de belles choses : plusieurs publications, des formations à tous les niveaux, la création de groupes de recherche et la mise en place de nouvelles structures en témoignent amplement. Par contre, si les hôpitaux québécois francophones ont rapidement créé des comités de bioéthique, ils n'ont pas retenu le modèle de consultation en éthique clinique qui prenait forme aux États-Unis et au Canada anglais, quelques années à peine après la naissance de la bioéthique. Les premiers comités québécois de bioéthique où j'ai siégé se refusaient à faire de la consultation de cas et limitaient leur travail à l'élaboration ou l'évaluation de lignes directrices et à l'éducation du personnel. Quelques années plus tard, lorsque qu'ils commencèrent à discuter de situations particulières, ils ne rencontraient toujours pas les patients en consultation, ce qui était pourtant une pratique courante dans l'Ontario voisin.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette prise de position, de la conception du rôle du médecin aux défis rencontrés dans la réforme du système de santé québécois, en passant par les attentes à l'égard de l'éthique. Quoi qu'il en soit, l'éthique clinique axée sur la personne malade ne s'est pas développée au même rythme que celui de la bioéthique.

On assiste pourtant, ces dernières années, à un essor remarquable de l'éthique clinique, à cause de différents facteurs comme le développement de la formation, l'évolution de la sensibilité médicale aux enjeux de la pratique, l'expansion de nouvelles professions soignantes ainsi que les incertitudes et les conflits vécus par les différents acteurs du domaine de la santé. La création, par exemple, de l'Association québécoise de l'éthique clinique (AQEC) s'inscrit dans ce contexte.

Au Québec et dans l'ensemble de la francophonie, la discipline est encore jeune; de nombreuses perspectives s'ouvrent à elle, tout comme le risque de tomber dans le piège de la pensée unique et tout faite. Pour ma part, il y a longtemps que je m'intéresse à la question. J'ai pratiqué l'éthique clinique dans divers comités d'hôpitaux d'Ottawa et de Montréal, et j'ai contribué à la mise en œuvre de l'Unité d'éthique clinique du CHU Sainte-Justine. À ce titre, et bien modestement, je crois que je peux apporter une contribution originale à son développement actuel, une contribution non seulement pratique, mais aussi théorique.

Même si l'éthique clinique revêt toujours une couleur locale, les orientations qui la nourrissent trouvent leurs racines dans différents terreaux. Dans ce domaine, nous dépendons de la pensée américaine, tant sur le plan des concepts que celui des conduites, et même si notre système de santé diffère grandement du leur, je ne pouvais éviter de me nourrir largement des écrits américains. Mais nous pouvons aussi nous enrichir des réflexions approfondies en éthique des soins de santé, menées, ces années-ci, dans la francophonie. D'où la place importante accordée, dans certains chapitres, aux travaux d'auteurs européens. Dans ce sens, j'espère que l'angle retenu favorisera l'essor du dialogue entre nos différentes contrées. Ce livre pourra, je l'espère, jouer un rôle de passeur. Voici comment il se présente.

Le premier chapitre précise le champ de l'éthique clinique et la distance que celle-ci a prise avec la bioéthique. Quelles étaient les sources d'insatisfaction envers cette dernière? Que signifiait ce besoin

de créer l'éthique clinique? Ces questions permettront de préciser les multiples termes qui sont utilisés pour tenter de dire l'éthique dans le champ des sciences de la vie et des soins de santé. L'analyse de l'expression «éthique clinique» sera aussi l'occasion de comprendre comment les termes classiques, utilisés depuis longtemps dans ce champ, ne sont plus adaptés à la nouvelle réalité des pratiques dans les soins de santé.

Le deuxième chapitre présente deux approches de l'éthique clinique. La première est fondée sur un courant, le *principlism* qui, en bioéthique (l'éthique concernant principalement le biomédical), occupe une place prépondérante. Le *principlism* fait référence aux quatre principes exposés plus haut (l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice). Ce système visant à résoudre un dilemme moral dans une situation particulière a toujours soulevé de vifs débats qui manquent parfois de nuances – ce que j'essaierai d'apporter dans mon propos. La seconde approche, de nature relationnelle, examine la relation qui s'établit entre le patient et le soignant et fonde ici l'analyse éthique. Quelles exigences s'imposent au soignant devant une personne faisant appel à son aide?

Le troisième chapitre approfondit l'approche relationnelle en présentant trois modèles qui, ces dernières années, ont retenu l'attention. Si ces modèles se rejoignent dans leur opposition au *principlism*, ils se distinguent cependant entre eux. Le premier, connu sous le nom d'éthique de la vertu, prend sa source dans la philosophie grecque classique. Il met l'accent sur la qualité de l'engagement professionnel et l'excellence de la pratique. L'éthique du prendre soin est le nom donné au deuxième modèle. Les soins infirmiers l'utilisent largement pour rendre compte de leur philosophie. Ce ne sont pas les principes abstraits qui définissent ici l'éthique, mais l'unique but de soulager la souffrance du patient selon la vision qu'a ce dernier de son propre bien. L'éthique narrative représente le troisième modèle et renoue avec une longue tradition puisque, pendant des millénaires, la narrativité a été au cœur de la pratique médicale. Elle se présente comme un contrepoids à la déshumanisation de la médecine en privilégiant la parole du patient et son expérience.

Ces trois modèles placent le patient au premier rang des préoccupations des soignants, mais ils ne sont pas sans faiblesses et font l'objet de diverses critiques, qui seront examinées au quatrième chapitre. Ces

trois modèles sont aussi riches de valeurs humanistes et le dialogue entre eux ne pourra qu'enrichir leur contribution. La pensée du philosophe Paul Ricœur sera convoquée dans la seconde partie de ce chapitre pour démontrer comment réaliser ce dialogue. La vertu, le prendre soin et la narrativité traversent la réflexion éthique du penseur, mais sa vision va au-delà des différents courants. La richesse de sa pensée semble à mes yeux apporter un éclairage particulier, d'une part en intégrant les diverses dimensions de ces trois modèles et, d'autre part, en orientant l'agir vers la sagesse pratique.

Le cinquième chapitre porte sur l'agir en situation difficile. On le sait, toute personne prenant contact avec les formes contemporaines d'éthique rencontre immédiatement une série de dilemmes. Quels sont-ils et comment les résoudre ? Notre analyse portera sur les intervenants – l'éthicien clinique ou le comité de bioéthique – appelés à trancher. Il sera aussi question des méthodes développées pour trouver des réponses à ces conflits. Ce chapitre n'est pas qu'un appendice aux autres : la résolution des problèmes est au cœur de l'éthique clinique actuelle, même si elle ne s'y résume pas. Comme le note Paul Ricœur dans *Le Juste 1* : « Appliquer une norme à un cas particulier est une opération extraordinairement complexe qui implique un style d'interprétation irréductible à la mécanique du syllogisme pratique » (1995a : 217). Il s'agit véritablement d'un travail de sagesse.

En conclusion, j'orienterai la réflexion sur la nécessité de faire se rencontrer l'éthique clinique et l'éthique organisationnelle, qui sont à mon avis beaucoup trop fermées l'une à l'autre.

En donnant une grande place à l'histoire de l'éthique clinique, ce livre s'adresse aux personnes qui entrent dans ce domaine pour en faire une pratique, aux professionnels de la santé à la recherche d'une éthique à la hauteur de leur engagement et aux spécialistes de l'éthique clinique engagés dans les établissements de santé et d'enseignement. Il a comme objectif de les aider à comprendre le sens de l'éthique dans le champ clinique, de leur offrir des outils pour exercer leur sens critique à l'égard de certaines orientations et d'optimiser leur capacité à résoudre leurs difficultés dans une perspective de sagesse.

En terminant, je veux remercier certaines personnes qui, au cours de la rédaction de ce travail, ont pris le temps de lire le manuscrit. Leurs

commentaires m'ont été très utiles pour poursuivre et améliorer ma démarche. Mes remerciements s'adressent particulièrement à Marie-Ève Bouthillier, Marianne Dion-Labrie, Marie-Chantal Fortin, Jean-Gilles Guimond, Gloria Jeliu ainsi qu'aux deux évaluateurs anonymes retenus par les Presses de l'Université de Montréal.

CHAPITRE 1

Les fondements de l'éthique clinique

Quelqu'un qui, pour la première fois, entre en contact avec l'éthique clinique est d'abord surpris de la diversité des termes utilisés pour la présenter. Bioéthique, éthique médicale, éthique soignante et ainsi de suite. Quel mot choisir ? Après avoir présenté le vocabulaire de l'éthique dans les soins de santé, j'aborderai avec plus de précision celui de l'éthique clinique proprement dite, ce qui me permettra, finalement, d'aborder la question de la définition même de l'éthique clinique.

La bioéthique

Ce terme, résolument contemporain, cherche à exprimer les défis posés par le développement de la biomédecine. Bien que toutes les définitions fassent référence au rôle central de la science et de la technique dans la médecine d'aujourd'hui, aucune d'entre elles ne fait l'unanimité. Dès le départ, les créateurs du terme l'utilisèrent dans des sens différents. Ainsi, au tout début des années 1970, Van R. Potter proposa la définition suivante :

J'ai créé un mot nouveau et une entreprise intellectuelle nouvelle, c'est la *bioéthique*. Dans un livre qui porte ce titre, je l'ai définie comme la mise en commun du savoir biologique et des valeurs humaines¹. (1972: 200)

1. Dans ce texte, je cite plusieurs auteurs anglophones dont j'ai traduit moi-même les textes.

Au même moment, André Hellegers, directeur-fondateur du *Kennedy Institute of Ethics*, utilisait le même terme pour rendre compte du projet d'éthique qu'il envisageait pour son institution. Selon Warren (1996), tous les fondateurs étaient convaincus qu'ils étaient seuls à avoir pensé à unir ainsi éthique et science, et à ouvrir un tout nouveau champ de recherche commun.

Si les deux projets visaient à faire se rencontrer science et éthique, le premier, celui de Potter (1971), avait comme objectif d'aider l'humanité à participer d'une manière rationnelle et prudente au processus de l'évolution biologique et culturelle. Le second, celui de Hellegers et du *Kennedy Institute*, était plus limité. Sa perspective biomédicale s'inscrivait dans le constat que les développements technoscientifiques transforment de manière radicale la pratique de la médecine. Potter visait l'institution scientifique elle-même alors que Hellegers poursuivait le projet de renouveler l'analyse des problèmes biomédicaux. Le second sens s'est nettement imposé, au point que parfois les termes « bioéthique », « éthique médicale » et « éthique clinique » se confondent.

L'éthique médicale

L'éthique – ou morale – médicale est sans doute l'expression la plus connue et la plus ancienne utilisée pour caractériser les modalités de l'éthique dans le champ des soins de santé. Quatre siècles avant notre ère, Hippocrate, figure centrale de la médecine, a fondé son éthique sur les obligations morales qui s'imposent au médecin. Une seconde approche, proposée à la même époque par des philosophes comme Platon et Aristote, l'a plutôt fondée sur la nature même de la médecine.

Le serment d'Hippocrate, référence fondatrice de la bonne pratique médicale, est prêté par les médecins qui s'approprient la vision morale d'Hippocrate. Pour ce dernier, la tâche du médecin consiste à utiliser son jugement pour le seul bénéfice du patient, quel que soit ce bénéfice. Ces médecins qui s'engagent à adopter un comportement toujours respectueux du malade appartiennent, en quelque sorte, à une confrérie. Dans l'histoire, d'autres grandes figures, animées d'une conscience morale élevée, viendront après les Grecs, notamment Moïse Maimonide (1135-1204), John Gregory (1724-1773) et Thomas Percival (1740-1804).

Percival, en particulier, a joué un rôle majeur pour redonner au code de déontologie une place de premier plan dans le jugement d'un comportement médical.

La seconde approche, fondée sur la nature même de la médecine, stipule que l'art médical est l'un des plus nobles et représente le summum de l'excellence. Aristote, par exemple, caractérise le médecin comme un sage : quelqu'un dont le savoir se fait concret et s'applique à une problématique particulière. Il s'agit de la plus belle réalisation du lien entre savoir et faire, entre théorie et pratique. Pour Platon, non seulement le médecin possède-t-il un savoir hautement spécialisé, mais il sait l'utiliser dans la pratique de manière à guérir la maladie, ce qui favorise le succès des entreprises humaines. La médecine constitue donc un modèle pour le bon agir humain. D'ailleurs, lorsqu'Aristote cherche une image pour exprimer ce qu'est un bon gouvernant, il évoque celle du médecin, citoyen par excellence, qui répond à des aspirations importantes de la cité en adoucissant la souffrance des individus. Pour ces penseurs, l'éthique découle de la nature même de la médecine.

L'éthique médicale, telle qu'elle s'affirme aujourd'hui, reprend principalement la vision d'Hippocrate. Ainsi en est-il du Code de déontologie des médecins du Québec dont l'article 3 affirme que « [l]e médecin a le devoir primordial de protéger et de promouvoir la santé et le bien-être des individus qu'il sert, tant sur le plan individuel que collectif » (CMQ, 2010, art. 3). Le Code de déontologie de l'Association médicale canadienne (AMC) présente ainsi les trois premières responsabilités du médecin :

1. Tenir compte d'abord du mieux-être du patient.
2. Exercer la médecine de façon à traiter le patient avec dignité et comme une personne digne de respect.
3. Voir à ce que votre patient reçoive les soins nécessaires, même lorsqu'il est incurable, y compris le réconfort physique et l'appui spirituel et psychosocial. (2004)

Dans son avant-propos au *Manuel d'éthique médicale de l'Association médicale mondiale*, le secrétaire général de l'association, le Dr Delon Human affirme que

la plupart des associations médicales reconnaissent dans leurs déclarations de base que, du point de vue éthique, le médecin doit considérer d'abord le meilleur intérêt du patient lorsqu'il prend une décision en matière de soins. (2009 : 6)

Cette unanimité sur la responsabilité première du médecin cache cependant des interprétations différentes à propos des interventions à effectuer. Un premier conflit concerne l'acceptabilité des interventions. Déjà au temps d'Hippocrate, les écoles de pensée s'opposaient sur ce point, à propos de l'avortement et de l'euthanasie, notamment. Le bien du patient est défini différemment, selon les convictions du médecin à propos de la vie, de la souffrance ou de la mort.

Le consensus sur l'éthique médicale est mis à mal à un second niveau. Le fondement de l'idéal éthique du médecin peut être interprété de diverses façons, dont deux seront ici mentionnées. L'éthique médicale peut être vue comme une branche de l'éthique professionnelle. La profession établit elle-même les principes et les règles qui déterminent l'action de ses membres. Le serment d'Hippocrate et les nombreux codes de déontologie que se donnent les ordres professionnels correspondent à cette interprétation. La popularité du thème « professionnalisme », qui s'impose depuis près de dix ans maintenant, va dans ce sens, comme le rapportent Wynia *et al.* (1999). À cet effet, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) a fait du professionnalisme l'un des sept critères CanMeds par lesquels les médecins sont formés et évalués pendant leur formation. Cette approche éthique s'inscrit dans une perspective de déontologie professionnelle.

Au cours des trente dernières années, de nombreux ouvrages, le plus souvent américains, ont cherché à démontrer que l'éthique médicale devait se construire à partir d'une philosophie de la médecine et dans le dialogue entre la profession et l'ensemble de la société. La dynamique à l'origine de la bioéthique cherchait à développer une éthique fondée sur l'interaction entre tous les acteurs concernés. Les termes de « contrat » et d'« alliance » ont souvent été utilisés pour rendre compte de cette vision (Veatch, 1981: 6-8). Edmund D. Pellegrino et David Thomasma (1988) se sont aussi particulièrement intéressés à la philosophie de la médecine.

Malgré sa longue histoire, l'expression « éthique médicale » n'est donc pas aussi claire que l'idéal éthique définissant la tâche du médecin le laisse entendre. De plus, elle risque de faire l'impasse sur les exigences du travail interprofessionnel dans le contexte contemporain de la dispensation des soins. Le risque est d'autant plus grand qu'elle semble parfois utilisée comme si elle incluait toutes les éthiques professionnelles du domaine de la santé, dont l'éthique infirmière. Ces éthiques ne concernent pourtant que des professions particulières. Une éthique médicale demeure cependant essentielle pour approfondir le sens du travail strictement médical, tout comme le sont d'autres éthiques professionnelles.

L'éthique biomédicale

L'expression « éthique biomédicale » est assez récente (le qualificatif « biomédical » apparaît en 1965), mais quand est-elle née ? Difficile à dire, car il n'y a pas d'études à ce propos. Il n'en demeure pas moins que certains milieux utilisent largement l'expression. Le livre classique de Beauchamp et Childress (1979), *Principles of Biomedical Ethics*, a popularisé l'expression, qui est largement utilisée en France et une recherche rapide sur Internet démontre que le terme est souvent utilisé comme synonyme de « bioéthique », mais pourquoi avoir créé une telle expression ? Dans leur premier chapitre, Beauchamp et Childress expliquent le sens qu'ils lui donnent :

L'éthique médicale a joui d'un remarquable degré de continuité et de cohérence depuis le temps d'Hippocrate jusqu'au milieu du 20^e siècle. Les récents développements scientifiques, techniques et sociaux ont cependant accéléré les changements dans les sciences biologiques et les soins de santé. Ces développements ont remis en question plusieurs conceptions traditionnelles des obligations morales des professionnels de la santé et de la société. (1989 : 3)

Cette perspective rejoint le point de vue de nombre d'auteurs qui ont choisi de l'utiliser, l'éthique médicale ancienne ne pouvant répondre aux défis du présent. Dans son *Introduction générale à la bioéthique*, Guy Durand soutient que l'expression « éthique biomédicale » souffre d'une double ambiguïté :

L'expression vise directement l'éthique de la médecine technologique [et] exclut tous les actes de la pratique quotidienne du thérapeute avec son patient. [Elle pourrait aussi être interprétée comme une] éthique propre aux *médecins* et aux *chercheurs médicaux* [...] une éthique professionnelle spécifique, au sens traditionnel [...] l'éthique propre au domaine de la santé [...] visée par le mot bioéthique. (1999 : 107)

Dans ce dernier sens, l'expression risque d'évacuer le caractère interdisciplinaire que vise la bioéthique.

L'éthique organisationnelle

Cette quatrième expression mérite de retenir l'attention. Dans les décisions qui sont prises dans un établissement de santé, que ce soit par un médecin à l'égard de son patient, la direction d'un service à propos des modalités de travail ou le conseil d'administration en ce qui touche les budgets, des choix sont faits reposant sur des valeurs éthiques, explicites ou implicites. Les établissements de santé affirment reconnaître l'importance de l'éthique et, de fait, ils se sont donnés des moyens pour en rendre compte. Les documents officiels parlent de mission, de vision et de valeurs qui visent à favoriser la santé et le bien-être de la clientèle faisant appel aux services médicaux. L'idéal est élevé et les instruments de gouvernance² pour y parvenir, assez nombreux. On note, par exemple, des comités dont celui sur « la gouvernance et l'éthique » (LSSSS, 2011, art. 181), des exigences comme celle du « cadre conceptuel de l'éthique » (Agrément Canada) ou de codes comme ceux d'éthique et de déontologie.

Cependant, le discours éthique des établissements semble passer sous silence les relations souvent difficiles entre les différentes parties prenantes du milieu et ne priorise pas la constellation d'intérêts compétitifs et divergents des différents groupes et individus. Il suffit de penser ici aux nombreuses tensions entre les professions ou entre les gestionnaires et les soignants pour s'en convaincre. C'est pourtant dans ce contexte complexe que l'éthique organisationnelle prend son sens.

2. Si le terme « gouvernance » est très à la mode en ce moment, sa pertinence fait cependant objet de débats (Voir Denault, 2013).

D'une part, l'éthique organisationnelle met l'accent sur les dynamiques telles que la mission de l'organisation, ses responsabilités envers les usagers et la communauté, la qualité du travail des différents groupes de soignants et les relations qu'ils entretiennent entre eux et, d'autre part, sur la manière d'exercer le leadership.

Quel lien existe-t-il entre l'éthique qui se vit dans la relation soignant-soigné et celle qui s'exprime dans la gestion de l'établissement? La situation des cas individuels dépasse habituellement la seule relation entre un professionnel et un usager. Toute l'organisation, et non seulement quelques professionnels, est engagée dans une situation clinique. L'éthique des professionnels et celle de l'organisation ne peuvent s'ignorer l'une l'autre. Malheureusement, mon expérience de travail avec les intervenants sur le terrain me montre que le lien entre les deux ne se fait pas avec les administrations, qui agissent parfois comme deux solitudes.

Déontologie, morale et éthique

Ces trois termes généraux sont, depuis une trentaine d'années, largement discutés. Sans s'étendre trop longuement sur leur sens, quelques précisions s'imposent. Le mot « déontologie » fait référence à l'éthique spécifique d'une profession, telle que conçue par cette dernière. La langue française utilise l'expression « code de déontologie » et non code d'éthique pour décrire les règles de l'éthique d'une profession. Au Québec, on entend souvent code d'éthique au lieu de code de déontologie. L'influence de l'anglais paraît ici manifeste, *code of ethics* étant l'expression consacrée et l'anglais ne connaissant pas le terme de *deontology* utilisé en ce sens. L'expression « éthique médicale », présentée plus haut, correspondait, jusqu'au milieu du 20^e siècle à « déontologie médicale ». L'éthique médicale a maintenant pris un sens élargi et n'est plus élaborée par les seuls médecins, d'où l'intérêt de distinguer, par exemple, déontologie médicale d'éthique médicale.

Le code de déontologie résume, en quelque sorte, l'essentiel des règles et des devoirs professionnels, et ses lieux d'exercice, et inclut les droits des membres de la profession ainsi que la conduite attendue d'eux, tant dans leurs rapports avec leurs patients et le public qu'avec

les collègues et leur ordre. Dans ce sens, on y trouve de « véritables normes éthiques ou morales [et] des règles administratives visant à assurer la qualité de l'exercice de la profession et la bonne renommée de la Corporation » (Durand, 1999: 99). Dans le contexte actuel, les codes sont des instruments utiles, mais limités, qui rendent compte bien imparfaitement des problématiques éthiques rencontrées dans le monde des soins de santé. Leurs limites expliquent la forte demande pour de nouvelles formes d'éthique.

Il est devenu courant, dans les écrits de langue française, de distinguer éthique et morale. Au Québec, le mot « éthique » est rapidement devenu populaire. Effet de mode dans le contexte de la Révolution tranquille, où le passé devait être rejeté? Prise de conscience de la nouvelle conjoncture conduisant le développement technoscientifique? Probablement un peu de tout cela. Guy Bourgeault a bien exprimé le sens que revêtent les mots « morale » et « éthique » pour les Québécois: « La morale, instrument de pouvoir. L'éthique, travail de libération » (1997: 23). L'affirmation représente le point de vue qui, depuis quelques années, s'est imposé, surtout au Québec. Je crois qu'ici plus qu'ailleurs, la distinction a été raffermie en raison du contexte historique. Je préfère, quant à moi, la position du philosophe Paul Ricœur :

Qu'en est-il maintenant de la distinction proposée entre éthique et morale? Rien dans l'étymologie ou l'histoire de l'emploi des termes ne l'impose. [...] C'est donc par convention que je réserve le terme d'éthique pour la visée d'une vie accomplie et celui de morale pour l'articulation de cette visée dans des normes caractérisées à la fois par la prétention à l'universalité et par un effet de contrainte. (1990: 200)

Si Ricœur établit une distinction entre les deux termes, il ne les oppose cependant pas; il les considère plutôt comme deux phases ou deux niveaux d'une même expérience humaine. Le niveau de l'éthique est celui de l'intention de la vie bonne: visée de la vie bonne avec et pour autrui. Pour l'auteur, l'éthique naît de la tâche suivante: « faire advenir la liberté de l'autre comme semblable à la mienne ». Cette intention éthique du sujet (je) à l'égard de l'autre (tu) ne peut cependant évacuer le fait que, préalablement à cette visée, un monde existe déjà avec « des choix, des préférences, des valorisations [qui] ont déjà

La pénologie – Réflexions juridiques et criminologiques autour de la peine
Marion Vacheret, Estibaliz Jimenez (dir.)

Le phénomène des gangs de rues – Théories, évaluations, interventions
Jean-Pierre Guay, Chantale Fredette (dir.)

La politique comparée – Fondements, enjeux et approches théoriques
Mamoudou Gazibo et Jane Jenson

Politique internationale et défense au Canada et au Québec
Kim R. Nossal, Stéphane Roussel et Stéphane Paquin

Pour comprendre le nationalisme au Québec et ailleurs
Denis Monière

Pourquoi enseigner la musique ? Propos sur l'éducation musicale à la lumière de l'histoire, de la philosophie et de l'esthétique
Claude Dauphin

Préparer la relève – Neuf études de cas sur l'entreprise au Québec
Louise Saint-Cyr et Francine Richer

Prévention des toxicomanies – Aspects théoriques et méthodologiques
Pierre Brisson

Les problèmes organisationnels – Formulation et résolution
Yves-C. Gagnon

La psychocriminologie – Apports psychanalytiques et applications cliniques
Dianne Casoni et Louis Brunet

La psychologie de l'adolescence
Michel Claes et Lyda Lannegrand-Willems (dir.)

La psychologie environnementale
Jean Morval

Publicités à la carte – Pour un choix stratégique des médias publicitaires
Jacques Dorion et Jean Dumas

Les Québécois aux urnes. Les partis, les médias et les citoyens en campagne
Éric Bélanger, Frédérick Bastien et François Gélinau (dir.)

Questions de criminologie
J. Poupart, D. Lafortune et S. Tanner (dir.)

Questions d'urbanisme
Gérard Beaudet, Jean-Philippe Meloche et Franck Scherrer (dir.)

R-S

La radio à l'ère de la convergence
En collaboration avec la Chaîne culturelle de Radio-Canada

Raisonnement et pensée critique – Introduction à la logique informelle
Martin Montminy

La réadaptation de l'adolescent antisocial – Un programme cognitivo-émotivo-comportemental
Marc Le Blanc, Pierrette Trudeau Le Blanc

Le régime monétaire canadien – Institutions, théories et politiques
Bernard Élie

La religion dans la sphère publique
Solange Lefebvre (dir.)

Savoir entreprendre – Douze modèles de réussite. Études de cas
Louis Jacques Filion

Séduire par les mots – Pour des communications publiques efficaces
Jean Dumas

La sociocriminologie
Stéphane Leman-Langlois

Statistiques – Concepts et applications
Robert R. Haccoun et Denis Cousineau

T-Z

Télé réalité – Quand la réalité est un mensonge
Luc Dupont

Les temps du paysage
P. Poullaouec-Gonidec, S. Paquette et G. Domon (dir.)

La terminologie : principes et techniques
Marie-Claude L'Homme

Théories de la politique étrangère américaine Auteurs, concepts et approches
Charles-Philippe David (dir.)

Traité de criminologie empirique
M. Le Blanc et M. Cusson (dir.)

L'univers social des adolescents
Michel Claes

Violences au travail – Diagnostic et prévention
F. Courcy, A. Savoie et L. Brunet (dir.)

Les visages de la police – Pratiques et perceptions
Jean-Paul Brodeur

La vision et l'environnement de travail
Benoît Frenette



L'éthique clinique

Pour une approche relationnelle dans les soins

Dans l'univers des soins de santé, l'éthique doit se construire à partir de l'expérience de la personne malade et s'adapter à elle. Mais de quelle éthique parle-t-on au juste ? Sur les valeurs qui la fondent - l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice -, tout le monde semble s'entendre. Pourtant, à observer un groupe de médecins ou d'infirmières discuter d'une situation problématique, une autre conclusion s'impose : le rapport à l'éthique change selon la conception qu'on se fait de la tâche clinique.

Hubert Doucet, spécialiste reconnu, expose ici les principales théories de l'éthique clinique et cherche à les faire dialoguer, en convoquant au passage la pensée du philosophe Paul Ricœur. Il en présente les fondements et le vocabulaire, s'attarde à son histoire et pose la résolution de problème au cœur de son action. Ce faisant, il apporte une contribution autant théorique que pratique à tous ceux qui, étudiants et professionnels, veulent en comprendre le sens et en tirer le meilleur parti dans le cadre de leur travail.

HUBERT DOUCET est professeur associé de bioéthique à la Faculté de théologie et de sciences des religions de l'Université de Montréal. De 2004 à 2012, il a présidé au Comité de bioéthique du CHU Sainte-Justine, où il a instauré l'Unité d'éthique clinique. Il siège au Comité scientifique permanent en santé et en services sociaux de l'INESSS, au Comité national d'éthique sur le vieillissement de même qu'à l'Observatoire Vieillesse et Société.

29,95 \$ • 27 €

Couverture : © CristinaMuraca / iStockphoto.com

Aussi disponible en format numérique

www.pum.umontreal.ca

isbn 978-2-7606-3386-5



9 782760 633865