

Ethique et éthique professionnelle : penser les conflits de valeur

Autor(en): **Hurst, Samia**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes**

Band (Jahr): **118 (2020)**

Heft 3

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949041>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ethique et éthique professionnelle: penser les conflits de valeurs

Ethique et déontologie sont des notions complexes, mais dont certaines règles ont été clairement énoncées pour guider les professionnel·le·s de santé. Samia Hurst, bioéthicienne et membre de la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine, éclaire ces notions et rappelle les grands principes de l'éthique en médecine.

TEXTE:
SAMIA HURST

La pratique clinique est un cadre où les difficultés éthiques sont fréquentes (Lo & Schroeder, 1981). En les confrontant aux limites de l'existence humaine, la clinique met les professionnels de santé dans des situations où les «habitudes morales» prises dans leur quotidien peuvent lâcher. La clinique les confronte à leurs limites temporelles (leur naissance et leur mort), à leur fragilité physique et mentale, à leur capacité à souffrir. Elle les met devant des situations dont les enjeux sont souvent élevés.

Pour faire face à ces difficultés croissantes, l'éthique médicale actuelle s'est développée à partir de deux traditions distinctes de la pensée: la déontologie, ou la «morale maison» des professions de la santé, et l'application des théories de l'éthique à l'exercice de ces professions. Dans un sens, l'éthique médicale n'est rien d'autre que de l'éthique appliquée dans un terrain particulier: celui de la pratique clinique. Si on l'appelle «médicale» ce n'est pas parce que ce serait une exclusivité des médecins. C'est un usage de «professions médicales» comme synonyme de «professions de la santé».

L'éthique en très bref

Si l'on demande à quoi sert l'éthique, la réponse est souvent que c'est un domaine dans lequel il n'y a «pas de bonnes réponses». La réalité est plus intéressante. Dans notre vie morale, il se trouve que nous poursuivons des objectifs pluriels. Nous voulons faire le bien, éviter de faire le mal, suivre des règles et nous conformer à des principes, être de bonnes personnes, entretenir des relations interpersonnelles harmonieuses. Le hic, c'est que ces différents buts ne sont pas toujours compatibles. Il arrive que nous devions choisir lequel favoriser, lequel écorner. Nous nous trouvons alors dans ce que l'on appelle un conflit de valeurs: une situation dans laquelle des valeurs qui nous importent toutes nous tiraillent dans des directions divergentes.

Un des buts de l'éthique est de fournir un cadre qui permette de découvrir et de créer des solutions acceptables aux problèmes moraux que nous rencontrons et face auxquels nous vivons des conflits de valeurs. L'éthique va nous aider à réfléchir

sur ces valeurs et les conflits qui peuvent survenir entre elles.

Règles et buts

Les règles de conduite sont un élément important de notre vie morale. Nous cherchons en général à respecter celles que nous acceptons comme valables. Par ailleurs, nous cherchons également à ce que nos actes aient les meilleures conséquences possibles pour toutes les personnes concernées. Il est heureusement souvent possible de concilier ces deux buts, mais pas toujours. Le «privilege thérapeutique», une situation dans laquelle on considère qu'il est acceptable de mentir pour protéger par exemple l'espoir, le bien-être ou le désir de vivre, est un exemple de ce type de dilemme. Une situation lors de laquelle un-

Un des buts de l'éthique est de fournir un cadre qui permette de découvrir et de créer des solutions acceptables aux problèmes moraux que nous rencontrons.



patient·e refuse un traitement indiqué (c'est-à-dire un traitement qui lui donnerait de meilleures chances d'avoir un meilleur avenir), en est un autre.

Diversité des valeurs

Nous ne partageons pas une référence unique et complète qui serait la source de notre moralité. Il n'y a pas dans une société pluraliste de *gold standard* universellement applicable à la vie morale de tous et généralement accepté. Même sans être des étrangers au sens culturels, nous sommes souvent, à un degré ou à un autre, des «étrangers moraux».

L'approche par principes

L'approche par principes essaie de tracer des pistes pour faire face à ces difficultés. Ce modèle est basé sur la constatation que, même si nous ne sommes pas d'accord sur tout, il y a un certain nombre de points communs généralement admisibles. A partir de ce constat, ce modèle propose une série de quatre principes: le respect de l'autonomie, la non-malfaisance, la bienfaisance et la justice (Beauchamp & Childress, 2019). Ces quatre principes peuvent être en conflit, mais reflètent tous des éléments également importants de la vie morale. A ce titre, ils doivent tous être respectés «à première vue». S'ils entrent en conflit, et s'il est impossible de trouver une solution qui permette de les respecter tous dans une situation donnée, il faut déterminer lequel doit avoir la prio-

rité dans ce cas donné et ceci est influencé par des éléments de la situation elle-même.

Une pesée des valeurs en présence

Comment choisir? Il faudra peser les valeurs entre elles, en tenant compte des caractéristiques de la situation concrète: certaines transgressions sont minimales parfois, lourdes dans d'autres cas, et cela changera la pesée. A cette pesée cependant, nous ne donnons pas tous le même poids aux mêmes valeurs. C'est une des clés de compréhension de l'éthique. Ce que nous voyons à la surface ce sont des personnes raisonnables en désaccord. Nous en concluons parfois trop vite que «nous n'avons pas les mêmes valeurs». En réalité, nous avons la plupart du temps les mêmes valeurs; mais nous ne leur donnons pas la même priorité, le même poids. Et souvent, même quand nous sommes d'accord sur la valeur à privilégier, nous ne sommes pas d'accord sur la meilleure manière de la mettre en pratique. Un grand classique en pratique clinique, c'est le bien du·de la patient·e. Nous sommes d'accord de le mettre en avant, mais souvent nous ne sommes pas d'accord sur ce qu'est le bien d'un·e patient·e spécifique.

Progrès technologiques

Voilà pourquoi les difficultés éthiques sont fréquentes en clinique. Voilà aussi pourquoi elles sont souvent associées aux progrès technologiques: toute situation nou-

velle est aussi une situation pour laquelle nous n'avons pas encore pu développer des solutions acceptables. Avec le temps, et du travail, nous finissons souvent à la longue par trouver des approches satisfaisantes et il arrive que nous en venions à oublier que cet enjeu nous avait posé problème auparavant. Le progrès technologique ne provoque pas par lui-même les difficultés éthiques qui se posent dans la pratique clinique. Mais il accentue certaines des raisons pour lesquelles nous avons des difficultés éthiques: les enjeux qu'il soulève ont une forme inhabituelle, les conséquences possibles sont souvent importantes, les tensions entre nos objectifs moraux s'en trouvent particulièrement visibles. Toute intervention a des effets secondaires potentiels; plus de possibilités pour aider les patient·e·s signifie souvent en même temps plus de possibilités de complications et donc une plus grande responsabilité pour limiter ces risques. Les occasions où il est important d'évaluer et de peser les risques et les bénéfices des interventions médicales s'en trouvent également démultipliées, et avec elles les occasions de désaccords à cet endroit. Les difficultés éthiques gagnent également en visibilité en raison du poids accru que l'on accorde à l'autonomie des personnes malades. Plus de respect pour la décision partagée et pour l'autonomie des patient·e·s (Faden & Beauchamp, 1986), c'est aussi plus de visibilité pour les situations où le·la patient·e et son médecin ne sont pas d'accord. Dans ces cas également, les difficultés éthiques deviennent plus apparentes.

L'éthique professionnelle en médecine

Dans la tradition occidentale, le premier texte de déontologie professionnelle qui soit parvenu sous forme écrite, toutes professions confondues, est le serment d'Hippocrate. On le situe à la fois aux origines de la déontologie médicale et de la profession médicale elle-même.

Cette naissance comme jumelle d'une profession et de sa déontologie n'est pas surprenante. Les professions, y compris la médecine, s'exerçant au service de personnes vulnérables, supposent de donner à un·e professionnel·le un pouvoir sur une personne plus faible, pouvoir sans lequel la profession ne peut pas s'exercer. Cela

Toute intervention a des effets secondaires potentiels; plus de possibilités pour aider les patient·e·s signifie souvent en même temps plus de possibilités de complications et donc une plus grande responsabilité pour limiter ces risques.

vaut pour les médecins, pour les sages-femmes, pour les infirmier·ère·s, pour toutes les professions de la santé. Le pouvoir, en effet, ce n'est rien d'autre que la capacité à influencer l'avenir de quelqu'un d'autre. Sans pouvoir, les métiers d'aide seraient littéralement inutiles. Avoir du pouvoir, en revanche, c'est aussi devoir endosser une responsabilité fondamentale: ne pas en abuser, ne jamais s'en servir autrement que dans les buts pour lesquels ces professions existent. La possibilité d'utiliser les outils de la médecine à des fins différentes du bien du·de la patient·e n'a dû échapper ni aux premiers médecins ni surtout à leurs patient·e·s. Et si un médecin se laissait soudoyer par les héritier·ère·s d'un·e patient·e et l'achevait plutôt que de le·la soigner? Et si une sage-femme disait à des parents que leur enfant est mort-né et le gardait pour une autre famille? Comment alors se confier? On ne donne ce genre de pouvoir qu'avec une contrepartie: une promesse publique et solennelle de ne pas en abuser. A l'origine de la déontologie professionnelle, existent donc des serments. Ils se résument tous plus ou moins à la promesse suivante: «Je n'abuserai pas du pouvoir requis pour exercer mon art.» Parmi les composantes centrales de la morale hippocratique, certains préceptes ont survécu à l'épreuve du temps et ont accompagné la pratique des métiers médicaux au travers de tous les contextes dans lesquels ils ont été pratiqués depuis lors.

D'abord ne pas nuire

Le premier de ces préceptes est le plus connu: *D'abord ne pas nuire*. Pendant la majorité de l'histoire de la médecine, voir un médecin avait plus de risques d'aggraver le pronostic des malades que de chances de l'améliorer. Ce n'est que relativement récemment que les professionnel·le·s de santé sont devenu·e·s capables d'aider. Il·elle·s sont cependant resté·e·s capables de nuire. Savoir observer cette limite, et n'intervenir que quand on peut espérer faire plus de bien que de mal, est donc resté la première règle de la clinique.

Le bien du patient

Le bien du·de la patient·e sera mon premier souci. Dès ses origines, la médecine a disposé d'outils puissants. Les premiers médicaments portent un nom – *pharmakon*,

qui a donné la pharmacie – qu'il partagent avec les poisons. Les premiers malades, les premiers médecins, et... les premier·ère·s héritier·ère·s ainsi que les premier·ère·s ennemi·e·s de personnes malades, toutes ces personnes ont dû se rendre compte assez vite que ces moyens pouvaient être utilisés autant contre que pour les malades. Mettre le·la patient·e en priorité, en faire un des principes fondateurs de la pratique médicale, et s'assurer très visiblement que ce précepte soit respecté par tous et toutes: voilà une condition indispensable pour que les malades puissent se *confier* à un médecin.

*Ce n'est que relativement
récemment que les
professionnel·le·s de santé
sont devenu·e·s capables
d'aider. Il·elle·s sont
cependant resté·e·s capables
de nuire.*

Tu n'abuseras pas du pouvoir

D'autres règles, comme le secret professionnel ou l'interdiction d'avoir des rapports sexuels avec ses patient·e·s ou leurs proches, ont elles aussi survécu intactes jusqu'à nos jours. Le point commun entre ces principes? Il s'agit ici aussi à chaque fois de règles interdisant des abus de pouvoir; elles limitent la possibilité de profiter d'une situation dans laquelle le·la patient·e est en position de faiblesse.

Ces devoirs constituent la base initiale des codes d'éthique professionnels actuels, tels que le Code international d'éthique médicale de l'Association médicale mondiale et de nombreux codes nationaux. Ces normes internes des professions de la santé sont importantes. Dans la pratique, la pratique clinique ne peut pas être entièrement réglée de l'extérieur. Les patient·e·s peuvent donc tous et toutes être potentiellement vulnérables face aux professionnel·le·s qui ne respectent pas les règles de la déontologie. Il vient s'ajouter à cela que certains des moyens développés

par la médecine pour aider les malades peuvent aussi être détournés vers d'autres objectifs, souvent moins justifiables. L'utilisation responsable des techniques de la médecine dicte ainsi que les professionnel·le·s de la santé doivent être en mesure de résister à toute pression visant à les écarter des buts de la médecine. Des normes internes claires fondées sur des justifications solides peuvent alors les aider à protéger leurs patient·e·s et à utiliser leurs connaissances et leurs compétences de façon responsable.

Engagement envers la société

L'idée que la médecine doive être une profession auto-régulée n'est pas seulement due à la difficulté qu'il y aurait à la réguler exclusivement de l'extérieur. Cette idée repose aussi sur un engagement de la médecine envers la société de se comporter de certaines façons, de mettre les intérêts des patient·e·s devant celui des fournisseurs de soins de santé, et plus généralement de prendre soin des personnes rendues vulnérables par la maladie et de s'abstenir d'abuser du pouvoir qui vient avec l'expertise. L'interdiction d'utiliser les outils de la médecine contre ou autrement que pour le bien des patient·e·s conduit à une série d'engagements de la profession médicale contre la participation des médecins à certains actes. On peut citer notamment les interdictions de participer à la torture (Association Médicale Mondiale, 1975), à la peine de mort, à la détention de prisonniers politiques en milieu psychiatrique (World Psychiatric Association, 1996), à l'alimentation forcée de personnes capables de discernement (Association Médicale Mondiale, 1991). Il est également interdit de pratiquer des interventions inutiles pour le·la patient·e dans le seul but de gagner de l'argent ou du prestige. Pour prendre un exemple en Suisse, la question de l'accompagnement médicalisé des vols spéciaux lors de renvoi de requérant·e·s d'asile débouté·e·s présente elle aussi ce genre d'enjeux (Miles, 2013).

L'objection de conscience: un exemple illustratif

Ces fondements de l'éthique et de l'éthique professionnelle sont importants pour comprendre l'objection de conscience et ses limites. Que faire en effet lorsque le·la professionnel·le n'est pas d'accord avec la

décision de son·sa patient·e? C'est son droit le plus strict, en tant que personne, d'avoir des convictions personnelles et des priorités morales différentes de celles de son·sa patient·e. Il·elle n'a en revanche pas le droit d'imposer ses convictions personnelles à son·sa patient·e. Ses engagements professionnels exigent de lui ou d'elle non pas d'être d'accord avec son·sa patient·e, mais d'adopter une attitude d'accompagnement qui refuse de lui imposer ses propres convictions.

Faire autrement serait un abus de pouvoir. C'est parfois son devoir, en tant que professionnel·le, de refuser de pratiquer certains actes qui ont été reconnus par sa profession comme incompatibles avec ses engagements. Il·elle n'a en revanche pas le droit d'imposer ses propres convictions personnelles comme si elles étaient celles de sa profession lorsque ce n'est pas le cas. Dans les cas les plus classiques d'objection de conscience, l'intervention concernée est légale, indiquée, et acceptée par le·la patient·e. En d'autres termes, cette intervention, le·la patient·e y a droit. Ce droit devra être mis dans la balance contre le droit d'objecter du·de la professionnel·le. Lorsque l'on ne parvient pas à faire respecter ces deux droits en même temps, par exemple en trouvant une personne qui remplace le·la professionnel·le, alors le bien du·de la patient·e doit primer: l'objecteur doit s'exécuter. Le droit à l'objection de conscience est donc un droit à s'extraire personnellement de la situation, mais pas un droit à barrer la route au·à la patient·e. ◉

AUTEURE



Samia Hurst,
Prof. Dre., Professeure ordinaire,
Faculté de médecine, Université de Genève.

Références

- Association Médicale Mondiale (1975)** Déclaration de Tokyo de l'Association Médicale Mondiale; Directives à l'intention des médecins en ce qui concerne la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en relation avec la détention ou l'emprisonnement. Adoptée par la 29^e Assemblée générale; octobre, Tokyo.
- Association Médicale Mondiale (1991)** Déclaration de Malte de l'Association Médicale Mondiale sur les Grévistes de la Faim. Adoptée par la 43^e Assemblée générale; novembre, Malte.
- Beauchamp, T. & Childress, J. (2019)** Principles of Biomedical Ethics. Ed Oxford University Press.
- Faden, R. & Beauchamp, T. (1986)** A history and theory of informed consent. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Lo, B. & Schroeder, S. A. (1981)** Frequency of ethical dilemmas in a medical inpatient service. *Arch Intern Med*; Juil.;141(8):1062-4. PubMed PMID: 7247591.
- Miles, S. H. (2013)** Military doctors and deaths by torture: when a witness becomes an accessory. *The American journal of bioethics*; 13(5):1-2. PubMed PMID: 23557034.
- World Psychiatric Association (1996)** Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice. Approuvé par l'Assemblée générale le 25 août.




Interruptions de grossesse à un stade avancé

Les interruptions de grossesse à un stade avancé soulèvent des difficultés éthiques importantes. Dans un avis de 2018, la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE) a pris position et propose des pistes pour la réflexion et la pratique dans ces situations difficiles. En Suisse, la majorité des interruptions de grossesse sont pratiquées avec la 12^e semaine, les interruptions après la 17^e semaine restent rares. Ces interruptions très tardives ne sont justifiées que si la femme enceinte se trouve dans un état de détresse profonde ou en danger. L'un ou l'autre doit être attesté par un médecin.

Ces situations sont très différentes des interruptions précoces. Il s'agit dans presque tous les cas de grossesses désirées, accueillies, pendant lesquelles un drame va frapper. Ces situations constituent une expérience particulièrement lourde pour les femmes concernées et leurs familles. La qualité et le professionnalisme de la prise en charge sont donc une fois de plus fondamentaux.

Dans sa prise de position, la CNE explore les pratiques en cours en Suisse et propose une analyse médicale, juridique, et éthique. Elle recommande qu'un concept de naissance palliative puisse être mis en œuvre pour ces situations dans les centres hospitaliers, et que les sociétés de spécialistes investissent dans la recherche sur les différentes méthodes et options disponibles. Des mesures concernant l'échange d'information et d'expérience et l'établissement de bonnes pratiques doivent être encouragées pour ces cas. Lorsqu'un enfant naît vivant suite à une interruption tardive, ce qui peut d'autant plus arriver que cette grossesse est avancée, la CNE souligne qu'il ne doit en aucun cas être laissé à lui-même: «tout enfant, quelle que soit son espérance de vie présumée, a le droit de recevoir tous les soins médicaux et infirmiers dont il a besoin et de bénéficier pendant le temps qui lui reste de conditions de vie dignes». La CNE recommande que les couples soient informés de la possibilité que leur enfant puisse manifester des signes de vie à la naissance et que les mesures à entreprendre puisse faire l'objet d'une décision partagée tenant compte des besoins de l'enfant et des parents.

Samia Hurst

 **Texte intégral de la prise de position de la Commission nationale d'éthique sur www.nek-cne.admin.ch**