
La médiation comme méthode de consultation en éthique clinique : une démarche de soin

Hubert Doucet et Marianne Dion-Labrie



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/essais/11787>

ISSN : 2276-0970

Éditeur

École doctorale Montaigne Humanités

Référence électronique

Hubert Doucet et Marianne Dion-Labrie, « La médiation comme méthode de consultation en éthique clinique : une démarche de soin », *Essais* [En ligne], 18 | 2022, mis en ligne le 25 novembre 2022, consulté le 28 novembre 2022. URL : <http://journals.openedition.org/essais/11787>

Ce document a été généré automatiquement le 28 novembre 2022.

Tous droits réservés

La médiation comme méthode de consultation en éthique clinique : une démarche de soin

Hubert Doucet et Marianne Dion-Labrie

- 1 Les conflits qu'engendrent les situations difficiles et, par ricochet, les décisions que les soignants et les patients ou leurs proches prennent alors, mettent souvent à mal la qualité du prendre soin. Ils donnent lieu à de douloureuses sagas. Que l'on pense aux cas Quinlan¹, Cruzan² et Schiavo³ aux États-Unis. En France, l'affaire Vincent Lambert qui a débuté en septembre 2008 n'a pris fin que le 11 juillet 2019⁴. D'autres situations ne font pas l'objet de luttes aussi âpres, mais les désaccords à l'intérieur des équipes soignantes ou entre patients, familles et soignants ne sont pas sans affecter l'excellence du service à dispenser en plus d'être sources de grande détresse morale.
- 2 La consultation d'éthique clinique, aujourd'hui largement pratiquée dans les milieux des soins de l'Amérique du Nord, vise à résoudre des situations difficiles qui paralysent bien souvent l'agir soignant. Elles sont à l'origine de tensions, entre diverses catégories de soignants ou entre patients, proches et intervenants. Lorsque non abordées franchement, ces tensions entre les différentes personnes concernées minent la capacité à prendre soin. Il y a plus de 40 ans maintenant, cet instrument de travail qu'est la consultation en éthique clinique a commencé à s'imposer en tant que mode de résolution de conflits. Le Québec a suivi un peu plus tardivement, mais la pratique de la consultation en éthique clinique est aujourd'hui bien implantée dans l'ensemble du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Dans ce texte, il ne sera question que des pratiques nord-américaines, manquant d'expertise pour discuter des pratiques françaises de la consultation d'éthique clinique.
- 3 La consultation en éthique repose sur un principe très simple : les tensions qu'engendrent les conflits entre différents acteurs ne peuvent être apaisées que si les parties concernées acceptent de dialoguer entre elles. La réussite du prendre soin est liée à la capacité de délibération des divers acteurs qui parviennent, dans le cadre d'échanges parfois rudes, à reconnaître la pertinence des points de vue différents et à

s'entendre sur l'action la plus appropriée dans les circonstances. Cette vision aujourd'hui largement reconnue s'amorce dans les années 1960, c'est-à-dire avec la naissance de la bioéthique. Son intégration à la pratique du soin a cependant été ardue. Le premier point sera donc de nature historique. Le point suivant sera consacré à analyser la médiation comme méthode de consultation en éthique clinique. Cette approche apparue plus récemment favorise la participation de toutes les parties prenantes et ouvre à la reconnaissance de chaque point de vue. Chacun, après avoir entendu et participé à la prise de décision, peut ainsi s'engager dans la voie retenue. Enfin, la troisième partie cherchera à faire voir ce qu'apporte la médiation au prendre soin.

La recherche du dialogue

- 4 Lorsqu'en 1971, apparut le concept de bioéthique (*bios* pour sciences biomédicales, *ethos* pour sciences humaines), ses instigateurs visaient à briser le silence entre des univers qui s'ignoraient. Pour les créateurs du terme, Van R. Potter et André Hellegers⁵, le temps était venu d'établir un dialogue structuré entre les sciences biologiques et les sciences humaines de manière à favoriser une approche humaniste dans le développement de la biotechnologie qui s'imposait dans tous les domaines des sciences et des services de santé. À lire Charles P. Snow, qui, en 1959, écrivit son célèbre volume *The two cultures and the scientific revolution*, si le dialogue entre les différents univers avait caractérisé les progrès de la modernité occidentale, il aurait cessé avec le XX^e siècle⁶. Les nouveaux enjeux appelaient son retour, d'où le projet bioéthique qui visait à raviver ce dialogue. L'objectif a-t-il été atteint ?
- 5 La naissance de l'éthique clinique vingt ans plus tard témoigne du fait que cet idéal du dialogue arrivait mal à s'imposer dans le domaine du soin. Si la bioéthique avait favorisé des débats de société sur l'implication des développements biotechnologiques, la place du dialogue dans les soins cliniques n'avait pas encore fait l'objet de réelles discussions. Des progrès concernant le droit des malades avaient été accomplis, mais peu de travail structuré avait abouti « à faire de la décision partagée une réalité »⁷. Le terme d'éthique clinique exprimait le besoin de ramener l'éthique au cœur de la relation de soin. L'expression allait faire fortune et engendrer d'autres termes : comité d'éthique clinique, éthicien clinique, consultation en éthique clinique. Ces termes font maintenant partie du langage quotidien des établissements de soins.
- 6 Ces diverses formes de consultation permirent des avancées considérables au plan de la prise de parole. Un cadre éthique et juridique fut établi et fit assez rapidement consensus, d'autant plus qu'il était accompagné de mécanismes facilitant la résolution des conflits⁸. Des soignantes qui jusqu'ici n'avaient eu qu'à obéir aux ordres des supérieurs étaient consultées sur leurs manières de voir et d'interpréter la situation. Des familles étaient aussi invitées à présenter leur point de vue. Les consultations s'élargissaient. Les gens étaient pris au sérieux. Ils étaient entendus. Le rappel de ces initiatives témoigne de l'importance qui a été accordée, au cours des dernières décennies, à l'amélioration de la qualité du prendre soin mise à mal par différents conflits. L'ensemble de ces formules n'ont cependant pas poussé le dialogue à sa pleine potentialité comme élément de résolution des conflits.

La médiation comme méthode de résolution des conflits

- 7 Les consultations d'éthique clinique visaient à résoudre certains types de conflits entre diverses instances concernées. La méthode de travail du comité d'éthique ou de l'éthicien consistait à écouter les différents points de vue, à en faire l'analyse et à rendre un jugement. L'instance éthique recommandait l'action qui lui paraissait la meilleure dans les circonstances. Ces recommandations se voulaient des « conclusions d'une commission d'enquête ou de tout autre comité qui, après une étude approfondie d'une affaire, suggèrent différents moyens de résoudre un problème, de corriger un état de choses »⁹. Que les médecins aient accepté le mécanisme de la recommandation éthique était déjà une grande avancée, compte tenu de leur souci d'indépendance professionnelle.
- 8 La médiation ouvre sur d'autres possibilités. Il s'agit d'un « Mode amiable de règlement des litiges dans lequel un tiers impartial tente d'amener les parties, au besoin en leur proposant un accord, à s'entendre pour trouver une solution à leur différend »¹⁰. En éthique clinique, elle est ainsi définie : « Le modèle de la médiation apparu ces derniers dix ans consiste, selon ses promoteurs, à faciliter la discussion entre les différents acteurs impliqués, clarifier leurs positions morales, explorer les options et faire une médiation de manière à parvenir à une solution »¹¹.
- 9 Voici quelques raisons qui expliquent pourquoi le modèle de la médiation s'impose en certaines circonstances. La première vient de l'évolution de la responsabilité décisionnelle du patient ou de son répondant : agir à l'encontre de la volonté du malade apte n'est plus envisageable, tant du point de vue juridique qu'éthique. De plus, les soignants, aujourd'hui de diverses professions, considèrent avoir le droit et le devoir de s'exprimer. Leur contribution est majeure pour favoriser le bien du malade. Et quand les conflits sont mal engagés et mal définis, la conséquence en est d'aggraver leur souffrance morale et d'accroître leur épuisement professionnel. Notons aussi les différences d'interprétations des possibilités médicales ; les uns croient qu'il faut tenter toutes les interventions possibles, alors que d'autres les considèrent plutôt inutiles dans les circonstances. De plus, le pluralisme culturel et éthique, vécu au sein des familles, entraîne parfois des conflits majeurs à propos des décisions à prendre. Enfin, la culture spécifique de chaque personne influence la manière dont elle envisage la pertinence morale de ses choix.
- 10 Ces raisons seraient-elles acceptées, une difficulté apparaîtrait immédiatement : qui peut bien accomplir pareille tâche à l'intérieur d'un établissement de santé ? Ce spécialiste n'existe pas. De plus, le conseiller en éthique ne semble pas la personne appropriée pour effectuer ce genre de travail. En effet, il est employé de l'établissement et a comme collègue de travail des médecins, des infirmières et autres soignants. Il est déjà placé dans un camp. De surcroît, son statut de spécialiste en éthique l'identifie à un univers intellectuel qui a ses valeurs, ses principes et ses normes. Des philosophes, des juristes, des théologiens, des juges et d'autres encore ont contribué depuis plus de 40 ans maintenant à élaborer cet édifice intellectuel qui est le sien¹². Dans ce contexte, on attend de la personne spécialisée en éthique qu'elle prenne position par rapport à l'éthique, ce que ne peut faire un médiateur.

- 11 La médiation, en tant qu'activité professionnellement reconnue avec ses méthodes propres et ses champs privilégiés¹³, ne peut définir l'instance éthique d'un établissement. Je crois cependant qu'une *approche d'esprit médiateur* (AEM) peut, en de nombreuses occasions, caractériser le type de travail qu'est appelé à jouer le conseiller en éthique¹⁴. La terminologie que je propose reconnaît d'abord le conflit qui paralyse l'action des différentes parties. Elle exprime aussi l'espoir de ces dernières, de s'entendre, même si elles n'y parviennent pas. Elle va encore plus loin : elle affirme que le souci de résoudre le conflit entre des parties en désaccord mérite de devenir une préoccupation centrale d'un établissement de soins de santé. L'humanisation des soins passe par cette volonté de favoriser le vivre ensemble. Le service d'éthique est bien placé pour jouer un rôle important sur ce plan. En effet, les dilemmes ou conflits éthiques sont à l'origine de nombreuses demandes de consultations lesquelles font évoluer les parties et favorisent des décisions plus consensuelles.
- 12 L'approche AEM est cependant très exigeante pour le spécialiste de l'éthique qui doit s'imprégner des exigences de la méthode. On ne s'improvise pas médiateur. Dans les formations pratiques données aux professionnels de la santé qui cherchent à devenir des consultants en éthique, leur difficulté à perdre leur réflexe de soignants habitués à trouver rapidement une réponse à la situation est remarquable. Ils sont en mode solution, pour reprendre une expression prisée ces années-ci. Ils arrivent mal à se distancier du problème concret comme ils le font dans leur pratique professionnelle habituelle et à se mettre en mode écoute de ce que vivent et disent les différentes parties. Ils ont aussi tendance à concevoir l'éthicien clinique comme un expert de qui on attend une réponse rapide dans une situation problématique. Au contraire, pratiquer la médiation requiert d'avoir appris à reconnaître la vérité de chacun, à laisser chaque personne s'exprimer librement et la soutenir dans son mode d'expression pour que les autres puissent saisir sa vérité. Une fois cette étape franchie, la personne médiatrice va chercher à instaurer une dynamique participative dans le groupe de manière à créer la réponse qui correspondra à la vérité de chaque personne, sans heurter l'intolérable de l'autre. Le savoir-être de l'éthicien est ici inséparable de son savoir-faire.
- 13 Le consultant en éthique qui s'imprègne de l'esprit de la médiation et en acquiert les habiletés fait rapidement l'expérience des barrières qui entravent la pratique de cette modalité de travail dans un établissement de soins de santé. En effet, l'encadrement professionnel, légal, organisationnel, déontologique, pour ne nommer que quelques éléments, limite les formes de médiation. Malgré les limites, sa contribution est recherchée. La Grande-Bretagne en est un bel exemple. Le NHS (*National Health Service*) reconnaît, depuis des années, la contribution de médiateurs indépendants dans des situations de conflits d'intérêts. Leur travail est volontaire, bien que ces personnes reçoivent un dédommagement pour ce service¹⁵.
- 14 Quelles seraient, dans ce contexte, les modalités du travail de la personne médiatrice ou, même mieux, d'un duo médiateur ? En amont, l'établissement doit favoriser une culture de la communication entre toutes les parties impliquées dans les prises de décision. Le cadre de référence en éthique de l'établissement doit, entre autres, l'inscrire dans son énoncé. Sans une volonté de l'organisation, l'AEM a peu de chance de s'imposer dans le milieu, la sensibilité de certaines parties y étant étrangère. Une fois l'AEM reconnue comme un mode de travail, la personne médiatrice pourra débiter son travail. La première étape consiste à dégager, en collaboration avec chacune des

personnes concernées, les diverses positions éthiques. Fiester compare cette phase au travail de l'archéologue qui arrive sur le terrain pour tenter de reconstituer la vie de ce chantier et d'en rendre compte¹⁶. Le travail ne vise pas à évaluer ce que les parties pourraient ou devraient faire, mais consiste à faire émerger de manière systématique et objective la perception des enjeux selon chaque partie.

- 15 La deuxième étape du travail vise à faire se rencontrer les parties pour qu'elles puissent communiquer entre elles. Ici, il est nécessaire que chaque participant puisse prendre la parole et soit écouté. Une difficulté possible serait, par exemple, que l'équipe de soins domine le patient et ses proches. Dans ce cas, la personne médiatrice n'a pas à se faire l'avocate de la partie faible, mais doit agir de manière à ce que son droit à la parole soit respecté. Avec l'accord de cette partie, elle pourrait même parler en son nom, mais de manière la plus objective possible. De plus, à cette étape, faire de la médiation implique que cette personne soit aussi modératrice des débats. La neutralité est ici essentielle, mais en même temps, toutes les parties doivent ressentir la bienveillance du médiateur.
- 16 La communication étant établie, les parties pourront commencer à élaborer une décision qui les satisfera. Cette décision pourra peut-être consister en un compromis entre les parties. Quel rôle, le médiateur doit-il jouer ici ? Sa parole est importante. S'il peut suggérer, à partir des discussions préalables, des pistes d'action, il ne peut jamais les présenter comme étant bonnes, mais comme venant des parties elles-mêmes. Les suggestions qu'il pourrait faire ne devraient venir qu'après que les parties aient elles-mêmes commencé à discuter des solutions au conflit. Au plan de la décision à prendre, il est essentiel que toutes les parties reconnaissent la neutralité de la personne médiatrice.
- 17 L'exigence élevée du travail de médiation explique pourquoi, si l'idée sourit, sa mise en œuvre dans les établissements de santé québécois est plutôt exceptionnelle. Dans un monde de plus en plus complexe et culturellement diversifié, ce qui est la réalité de nos établissements, il faut souhaiter que des recherches soient menées sur le terrain pour en évaluer les forces et les limites.

La contribution de l'AEM au prendre soin

- 18 Cette dernière partie cherche à dégager en quoi la médiation enrichit le prendre soin. Pour ce faire, il importe d'abord de préciser le sens donné à prendre soin. En effet, la philosophie du soin née une ou deux décennies avant les premiers pas de la bioéthique vise, elle aussi, à humaniser la pratique soignante en répondant aux besoins de la personne malade, « enfin conçu[e] comme un tout, vivant dans un environnement et ayant des besoins tant biologiques que psychologiques ou sociaux »¹⁷. L'approche par les besoins¹⁸, pour intéressante qu'elle soit à son origine, n'est pas sans faiblesse ; elle risque d'enfermer la personne dans un cadre prédéterminé¹⁹. D'où le danger, pour les soignants, d'être insensibles à la personne elle-même. Les difficultés qui découleront de ce paternalisme, pour ne pas dire ce maternalisme, peuvent conduire à des conflits pour lesquels on fera appel à la consultation éthique.
- 19 Le prendre soin dont il est ici question prend un autre sens. Il est lui aussi en lien avec les soins infirmiers qui, avec les années 1980, vont mettre de l'avant le souci de toute la personne : « L'infirmière ne fait pas qu'accomplir des tâches, elle accompagne, elle soutient, elle renforce la personne ou la famille lors d'expériences de santé ou de transitions de vie »²⁰. Cette définition de tâche n'est-elle pas trop générique ? En effet,

entrer en relation avec l'autre que la maladie fragilise et lui permettre de croître correspond au souci attendu de tous les acteurs engagés auprès de la personne qui demande de l'aide. Il n'est donc pas réservé aux seules infirmières, mais doit plutôt devenir le bien commun tant des différentes professions de santé²¹ que des proches aidants.

- 20 La pratique qui exprime le prendre soin de la manière la plus authentique est le *hospice care* tel que Dame Cicely Saunders cherche à le mettre en œuvre, dès la fin des années 1960²². Peut-être est-il intéressant de rappeler ici que Cicely Saunders a d'abord été intervenante sociale, puis infirmière et enfin médecin. Si les progrès de la médecine de cette époque permettent de prolonger la vie des malades, en particulier des patients cancéreux, ces succès ne sont pas sans contrepartie ; le prolongement se fait souvent au prix de grandes souffrances physiques et morales. « C'est tellement étrange ; personne ne veut me regarder », fait remarquer une malade atteinte d'un cancer avancé au moment où Cicely Saunders l'accueille dans son service²³. En choisissant le terme *hospice*, celle-ci s'inscrit dans une longue tradition d'hospitalité et de soins qui remonte déjà au IV^e siècle : « À cette époque, les pèlerins et les voyageurs ainsi que les malades et les démunis étaient accueillis. [...] Ceux qui avaient besoin de soins devaient être accueillis et servis avec honneur et respect »²⁴.
- 21 *St Christopher's Hospice* repose sur une philosophie de soins où la personne, parce qu'elle est, compte jusqu'au dernier moment de sa vie et où sa condition nécessite des soins spécialisés inconnus jusqu'alors. Adoucir la condition de toute la personne exige tant le soulagement des symptômes douloureux et spécifiques que le réconfort des soins globaux répondant à ses multiples besoins particuliers, qu'ils soient physiques, sociaux, psychologiques ou spirituels. Favoriser la relation avec la famille et les bénévoles, en plus des soignants, constitue un élément essentiel de cette hospitalité²⁵. Dans le contexte de ce nouvel *hospice*, l'enseignement et la recherche cliniques sont tout aussi incontournables que l'environnement de vie favorisant l'activité créatrice de la personne malade. De fait, depuis les débuts du mouvement, s'y engager implique que toutes les personnes participantes choisissent d'œuvrer en commun pour que les malades approchant de la mort soient vivants jusqu'à la fin, ce qui exige un large dialogue entre tous les partenaires du soin.
- 22 Une recherche américaine menée auprès d'équipes interdisciplinaires en soins palliatifs et en gériatrie confirme cette position. Elle montre les difficultés de ces équipes à rejoindre les patients souffrants lorsque les membres se transmettent diverses informations spécialisées, mais n'écoutent pas ensemble les histoires de ces malades. Au contraire, lorsque tous les membres d'une équipe, y compris les médecins, fondent leur pratique en partageant, en premier lieu, l'histoire psychosociale du patient, la rencontre avec ce dernier est transformée. La pratique de la narration offre aux personnes soignantes un formidable outil de soins à l'égard du patient qui se sent reconnu comme une personne encore vivante²⁶. Voilà, me semble-t-il, un prendre soin qui ne laisse personne de côté. En ce sens, le *hospice care* peut être considéré paradigmatique de tout prendre soin.
- 23 Ce type de prendre soin est un bel idéal dans lequel s'inscrit naturellement l'AEM cherchant à réintégrer le bien faire mis à mal. En effet, dans le quotidien de la vie d'un service, les différents intervenants fonctionnent assez bien jusqu'au moment où une crise fait dérailler la routine. Les oppositions se manifestent et le conflit s'impose. Comment y mettre fin et repartir du bon pied ? D'où l'appel à l'AEM. Si la consultation

est bien menée, la situation peut être renversée, améliorée même par rapport aux modes de travail antérieurs. Le dialogue rétabli la personne malade pourra de nouveau se retrouver aimée et les divers intervenants se voir reconnus.

- 24 La démarche de l'AEM paraît un instrument pédagogique majeur pour améliorer la qualité du prendre soin dans le contexte contemporain où se multiplient les intervenants aux compétences et aux valeurs diverses. L'irruption de conflits est naturelle et, advenant ces derniers, ils entraveront le fonctionnement de l'équipe, diminueront l'efficacité des soignants et se répercuteront sur les patients²⁷. Leur déni et les stratégies d'évitement souvent utilisées ne peuvent que nuire aux malades et aux personnes qui en prennent soin. Laurie Zoloth notait, il y a déjà vingt ans : « Le domaine de la bioéthique repose par définition sur le présupposé que le questionnement, l'argumentation, l'interruption et la réponse sont les moyens par lesquels nous évaluons les prétentions à la vérité de la médecine et de la politique de santé »²⁸. Apprendre l'art de la résolution de conflits représente une tâche majeure pour les soignants d'aujourd'hui. Cet apprentissage est d'autant plus nécessaire que les proches aidants et les familles sont désormais associés aux soins et aux discussions à leurs propos²⁹. Participer à des séances de médiation fait rapidement voir que la résolution des conflits est une composante de l'éthique clinique.
- 25 Un des apprentissages essentiels que favorise l'AEM concerne la reconnaissance du compromis dans les débats éthiques. Le philosophe Paul Ricœur considérait ce dernier comme un acte éthique capital dans une société plurielle. En effet, au cœur de celle-ci, « le conflit est une structure de l'action humaine », d'où notre responsabilité de le « prendre en charge »³⁰. Lorsqu'il apparaît nécessaire de faire appel à une consultation en éthique, c'est qu'il y a désaccord entre les différentes parties sur le type d'action à poser ou qu'aucune des actions proposées ne correspond à leurs valeurs morales. On parlera alors de dilemme éthique qui, selon de nombreux auteurs, est le cœur même de l'éthique clinique³¹. Accepter de suivre la proposition opposée à la sienne serait transiger avec ses valeurs et avoir le sentiment de se trahir ou de trahir sa profession. Ce serait de la compromission. D'où la guerre entre les parties et le *statu quo* sur leur position respective comme je l'ai mentionné en introduction du texte. Comment s'en sortir ?
- 26 Le compromis est, selon Paul Ricœur « le seul moyen de viser le bien commun ». Pourquoi le philosophe en arrive-t-il à ce jugement ? Au point de départ du compromis, il y a la reconnaissance que l'unanimité n'existe pas ou n'existe plus et que celle-ci ne sera pas possible : « c'est en l'absence d'accord que nous faisons des compromis pour le bien de la paix civique ». Pour y parvenir, s'impose la prise de conscience que « l'intransigeance est incompatible avec la recherche de nouveaux systèmes de références. Le compromis exige la négociation »³². Sur quelle base, cette négociation doit-elle se faire ? Sur la base d'une sagesse pratique, faite de discernement et de créativité³³. Dans une entrevue qu'il donnait en 1992, Ricœur faisait remarquer que, dans ce contexte, la décision ne revenait pas aux seuls spécialistes de la question dont le jugement serait supérieur, mais que la parole appartenait à tous les acteurs concernés, en raison même de leur présence dans l'histoire en cause : « On n'est jamais seul dans le jugement moral en situation et ce qui est important est de réussir à réunir une cellule de bon conseil »³⁴.

Conclusion

27 L'AEM est particulièrement appropriée à la résolution des conflits parce qu'elle est une voie éthique différente. Dans la consultation de recommandation, les « experts », suite à l'analyse de la situation, établissent leur avis à propos de la justesse de l'action à privilégier dans les circonstances. Ce type de consultation participe, en quelque sorte, de l'éthique de conviction, pour reprendre le vocabulaire de Max Weber, dans une célèbre conférence de 1919 ; elle est une éthique qui, à partir des principes et des valeurs appropriés au cas, apprécie l'action appropriée³⁵. Bien sûr, en éthique pratique, le raisonnement tient compte du contexte, mais sans sortir des principes, selon le modèle de la casuistique, comme l'affirmait Albert Jonsen dans les débuts de la bioéthique³⁶. Dans une perspective de médiation, l'éthicien consultant n'est plus centré sur les principes et les normes conduisant à la bonne décision morale, mais sur la démarche à mettre en œuvre pour que les participants trouvent la capacité de vivre ensemble dans cette situation particulière. L'éthique de responsabilité de Weber caractérise cette orientation de travail. Celle-ci consiste à faciliter les conditions de dialogue qui vont permettre aux différents participants de trouver un terrain d'entente dans le respect de chaque interlocuteur. L'éthique de la discussion développée par les philosophes Jürgen Habermas³⁷ et Karl-Otto Apel³⁸ se situe dans la continuité de la pensée de Weber³⁹. L'objectif vise à pacifier la situation dans le contexte des soins appropriés. La vérité de l'éthique est construite à partir de la démarche du groupe créant la bonne décision.

NOTES

1. En 1975, à l'âge de 21 ans, Karen Ann Quinlan fut, par suite d'une anoxie cérébrale, réduite à l'état végétatif. Son père voulait que ses médecins cessent les moyens extraordinaires qui prolongeaient la vie de sa fille, ce qu'ils refusaient. La Cour suprême de l'État accepta la demande du père à condition qu'il obtienne l'accord de la famille et l'avis d'un comité d'éthique. Notons ici qu'aucun comité d'éthique d'établissement n'existait encore.

2. Nancy Cruzan était âgée de 25 ans en 1983, lors d'un terrible accident de voiture. Comme elle ne présentait aucun signe vital tel que respiration ou battements de cœur, les intervenants d'urgence l'ont réanimée. Un mois plus tard, ses médecins déterminèrent qu'elle était dans un état végétatif persistant (PVS) dont elle ne récupérerait pas. Les parents demandèrent donc de cesser les moyens artificiels de nutrition, ce que refusèrent les médecins. Ils en appelèrent aux tribunaux, litige qui se poursuivit durant des années.

3. En 1990, Terri Schiavo fit un arrêt cardiaque. Elle avait souffert d'asphyxie cérébrale grave. L'électrocardiogramme de Terri ne révéla aucune activité électrique. Trois neurologues témoignèrent qu'elle était incapable de faire l'expérience de l'environnement ou de répondre à quelque stimulus que ce soit. Au contraire, ses parents soutenaient que leur fille réagissait à l'environnement et aux stimuli externes. Deux médecins soutenaient la position des parents. Commença un débat extraordinaire qui opposa différents clans de la famille, des médecins

d'écoles de pensées divergentes, diverses autorités légales et politiques. En 2005, la querelle atteignit son paroxysme. Par moment, ce fut rocambolesque.

4. Éric Favereau, « Bioéthique : Vincent Lambert, dix ans de coma, et maintenant ? », *Libération*, 24 septembre 2018.

5. Deux scientifiques américains qui n'avaient pas de contact entre eux créèrent le terme de bioéthique. L'un est André Hellegers (1926-1979) du Kennedy Institute of Ethics à Georgetown. Le second est V.R. Potter (1911-2001) de Madison, Wisconsin ; Van Rensselaer Potter, « Bioethics for Whom? », *Annals of the New York Academy of Sciences*, 196, 1972, p. 200-205 ; Warren T Reich, « The Word "Bioethics": Its Birth and the Legacies of Those Who Shaped Its Meaning », *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 4, 1994, p. 319-335.

6. Charles P Snow, *The Two Cultures and the Scientific Revolution*, Cambridge, Cambridge University Press, 1959.

7. John C. Fletcher et Howard Brody, « Clinical ethics: elements and methodologies », in Warren T. Reich (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Macmillan, 1995, p. 399-404.

8. Hubert Doucet, *L'Éthique clinique Pour une approche relationnelle dans les soins*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2014, p. 100-111.

9. Office québécois de la langue française, « Recommandation », *Grand dictionnaire terminologique*, URL : http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=17494750 (consulté le 30 août 2021).

10. Office québécois de la langue française, « Médiation », *Grand dictionnaire terminologique*, URL : http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=1198812 (consulté le 30 août 2021).

11. Alessandra Gasparetto, Ralf J. Jox, Mario Picozzi, « The Notion of Neutrality in Clinical Ethics Consultation », *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 13 n° 1, 2018, doi:10.1186/s13010-018-0056-1.

12. Nancy N. Dubler, « A Principled Resolution: The Fulcrum for Bioethics Mediation », *Law & Contemporary Problems*, 74, 2011, p. 177.

13. Voir Institut d'arbitrage et de médiation du Canada, URL : <https://adric.ca/fr/> (consulté le 1^{er} septembre 2021).

14. Hubert Doucet, « Médiation et résolution des conflits en éthique clinique », in Yanick Farmer, Marie-Ève Bouthillier, Delphine Roigt (éd.), *La Prise de décision en éthique clinique : Perspectives micro, méso et macro*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2013, p. 95-109.

15. Yvonne J. Craig, « Patient decision-making: medical ethics and Mediation », *Journal of Medical Ethics*, 22, 1996, p. 164-167.

16. Autumn Fiester, « Bioethics mediation and the end of clinical ethics as we know it », *Cardozo Journal of Conflict Resolution*, 15, 2013, p. 501.

17. Jérôme Péllissier, « Réflexions sur les philosophies de soins », *Gérontologie et société*, 29, n° 3, 2006, p. 37-54.

18. Virginia Henderson, *Principes fondamentaux des soins infirmiers*, Québec, Association des Infirmières et Infirmiers de la Province de Québec, 1969.

19. Jérôme Péllissier, « Réflexions sur les philosophies de soins », *op. cit.*, p. 37-54.

20. Jacinthe Pépin et Chantal Cara, « La réappropriation de la dimension spirituelle en sciences infirmières », *Théologiques*, 9 n° 2, 2001, p. 33-46, doi: 10.7202/007294ar

21. Sara Fry, « The Role of Caring in a Theory of Nursing Ethics », in Helen B. Holmes and Laura M. Purdy (eds.), *Feminist Perspectives in Medical Ethics*, Bloomington, Indiana University Press, 1992, p. 93-105.

22. Je n'utilise pas l'expression soins palliatifs née quelques années plus tard (1973) car je considère que le sens de l'expression varie largement selon les personnes qui dispensent ces soins.

23. Cicely Saunders, « Hospice », *Mortality*, 1, n° 3, 1996, p. 317-321.

24. *Idem.*

25. Roslyn Lindheim, « Birthing centers and hospices: reclaiming birth and death », *Annual Review of Public Health*, 2 n° 1, 1981, p. 1-29.
26. Joy Goldsmith, Elaine Wittenberg-Lyles, Dariela Rodriguez, Sandra Sanchez-Reilly, « Interdisciplinary geriatric and palliative care team narratives: collaboration practices and barriers », *Qualitative Health Research*, 20 n° 1, 2010, p. 93-104.
27. Judith Brown, Laura Lewis, Kathy Ellis, Moira Stewart, Thomas R. Freeman, Janet M. Kasperski, « Conflict on interprofessional primary health care teams – can it be resolved? », *Journal of Interprofessional Care*, 25, n° 1, 2011, p. 4-10.
28. Laurie Zoloth, « Keeping Company: Ethics and the Talk in the Commons », *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 11, n° 1, 2002, p. 52-60.
29. Nelson, J. Lindemann, « On the role of the family in resolving bioethical dilemmas: clinical insights from a family systems perspective », *Journal of Clinical Ethics*, 15, n° 2, 2004, p. 135-138.
30. Paul Ricoeur, « Pour une éthique du compromis », *Alternatives non violentes*, 80, 1991, p. 2-7.
31. Voir à ce propos : Hubert Doucet, *L'Éthique clinique*, op. cit., p. 94-100.
32. Paul Ricoeur, « Pour une éthique du compromis », op. cit., p. 2-7.
33. Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990.
34. Paul Ricoeur et Paul Cournarie, « Paul Ricoeur ou la confrontation des héritages », *France catholique*, 2338, 1992, p. 14-21.
35. Max Weber, *Le Savant et le politique*, Paris, Union générale d'Éditions, 1963.
36. Albert R. Jonsen, « Casuistry as Methodology in Clinical Ethics », *Theoretical Medicine*, 12, 1991, p. 295-307.
37. Jürgen Habermas, *L'Éthique de la discussion et la question de la vérité*, Paris, Grasset, 2003.
38. Karl-O. Apel, *La Réponse de l'éthique de la discussion au défi moral de la situation humaine comme telle et spécialement aujourd'hui*, Leuven, Peeters Publishers 2001.
39. Éric Racine, « Éthique de la discussion et génomique des populations », *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 4, n° 1, 2002, doi : 10.4000/ethiquepublique.2483

RÉSUMÉS

Les conflits que vivent les soignants et les patients mettent à mal la qualité du prendre soin. La consultation d'éthique clinique vise à résoudre ces situations. La réussite du prendre soin est liée à la capacité de délibération des divers acteurs. Le premier point présente différents modèles de consultation. Par la suite, l'analyse porte sur la médiation comme méthode de consultation en éthique clinique : exigences de son fonctionnement et défis. De là, l'examen de la méthode fait voir en quoi celle-ci exprime le prendre soin de la manière la plus authentique. La démarche constitue un instrument pédagogique majeur en contexte contemporain où se multiplient les intervenants aux compétences et aux valeurs diverses. Pour reprendre le langage de Max Weber, elle privilégie une éthique de la responsabilité plutôt que de la conviction.

Conflicts between caregivers and patients undermine the quality of care. Clinical ethics consultation aims to resolve these situations. The success of caregiving is linked to the deliberative capacity of the various actors implied in the situation. The first point of the article presents different consultation models. Then, the analysis focuses on mediation as a method of consultation in clinical ethics: requirements of its functioning and challenges. From there, the

examination of the method shows how it expresses care in the most authentic way. The approach constitutes a major pedagogical tool in a contemporary context where the number of stakeholders with different skills and values is increasing. To use Max Weber's language, it favours an ethics of responsibility rather than conviction.

INDEX

Mots-clés : conflit éthique, consultation d'éthique, éthique clinique, médiation, prendre soin

Keywords : ethical conflict, ethics consultation, clinical ethics, mediation, care

AUTEURS

HUBERT DOUCET

Institut d'études religieuses, Université de Montréal

hubert.doucet[at]umontreal.ca

MARIANNE DION-LABRIE

Professeure adjointe de clinique, Programmes de bioéthique, Université de Montréal

marianne.dion-labrie[at]umontreal.ca