

Janvier 2002

Numéro 39

L' Ecrit

Département universitaire de psychiatrie adulte
(DUPA)Service des soins infirmiers
Site de Cery - 1008 Prilly-LausanneResponsable de la publication:
Service des soins infirmiers
prix Fr. - 2

Ethique: un label de bonne conscience ?

Sommaire :

Jeannine Vaucher, Infirmière consultante, *Ethique, un label de bonne conscience ?*

Carlo Foppa, éthicien au CHUV, docteur en philosophie et membre de la commission nationale d'éthique, *Combien coûte l'éthique ?*

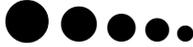
Lazare Benaroyo, privat docent en éthique médicale, *Le jugement éthique en situation : une approche de l'éthique clinique.*

J.M. Kaision, directeur des soins infirmiers du DUPA, *L'éthique au cœur de la réflexion infirmière.*

Ethique un label de bonne conscience ?

Ou en sommes – nous aujourd'hui en cette fin d'année scolaire et des débats proposés dans le cadre des mercredis infirmiers ? Mercredi 4 avril le thème du colloque portait sur la difficile question de l'éthique.

Qu'en est –il pour nous soignants ? Est-ce que ce débat nous interpelle dans le quotidien de nos soins ? Est-il nécessaire de recourir à un éthicien pour prendre des décisions lorsque nous sommes confrontés à certaines situations complexes touchant aux droits de la personne, à sa liberté, à sa morale, à ses valeurs ? Si un patient se détruit, pouvons – nous le laisser se détruire ? Pouvons – nous adhérer à des projets qui sont à l'opposé de projets de vie, comme les comportements suicidaires de patients anorexiques, dépendants de toxiques, d'autres dépendances plus nocives parfois ? Nous arrivent-ils de penser que le droit et les repères juridiques sont insuffisants pour régler des situations limites ? Notre morale professionnelle qui fait appel à nos droits et nos devoirs de soignant, peut – elle nous servir de guide ? Hélas si peu ! L'éthique, bien comprise, sans répondre à un effet de mode, constituerait une voie plus souple que le droit, moins rigide que la morale professionnelle. Si nous pouvions faire appel aux principes de justice, de véracité, d'autonomie, de souci de faire le bien, de ne pas nuire, que ces principes devenaient une toile de fond dans la pratique de nos soins, lorsque nous avons le devoir



momentané de suppléer aux besoins d'un patient qui ne le peut pas, notre tâche aurait quelques chances de se trouver allégée. Mais prenons bien garde, les échanges entre professionnels restent essentiels, car que faire d'une décision éthique prise pour le patient à laquelle l'ensemble des soignants n'adhérerait pas ? D'autres moyens, certes existent pour analyser des situations de soins en santé mentale. Le but n'est pas d'en faire une liste, le but ultime des soins restera toujours cette relation singulière que le soignant établit avec une personne, relation authentique ou un chemin se dessine, un espoir se construit de part et d'autre dans un espace somme toutes toujours limité.

Jeannine Vaucher

Combien coûte l'éthique ?

Lorsque, à la suite de ma présentation au mercredi infirmier du 4 avril dernier, JM Kasion m'a rappelé que je m'étais engagé à lui transmettre un texte pour publication, une sensation de gêne m'a pris comme d'habitude. Il est toujours difficile de restituer par écrit ce qu'on a dit oralement et notamment restituer l'ambiance qui s'est créée lors de l'échange entre l'auditoire et le soussigné. De plus, ayant de moins en moins de supports écrits (ceux qui ont assisté à la présentation auront constaté que mes supports deviennent aussi cosmétiques....), la tâche est moins aisée que lorsqu'on se limite à lire un texte ou des transparents.

Mais comme le hasard fait (des fois) bien les choses, je suis récemment tombé justement sur le support écrit de mon premier cours d'éthique donné sur le site de Cery en 1995: une excellente occasion de jeter un regard rétrospectif, de faire un petit bilan et de glisser quelques remarques critiques à l'égard du phénomène de mode que constitue l'éthique.

Voici un extrait du début de mon support de cours de 1995:

« Le cours que nous allons construire ensemble est une expérience que nous allons tenter, animés que nous sommes, vous et moi, d'un souci commun d'éthique.

Je salue avec joie cette initiative et je ne peux que vous féliciter de votre initiative qui témoigne d'une excellente réflexion critique à l'égard de la pratique de votre profession qui n'est certainement pas facile. »

Le tout-écrit est probablement un héritage de la formation académique et une certaine forme de dé-formation académique: il serait malhonnête de ma part d'affirmer que la majorité de mes professeurs se limitaient à lire leurs cours, mais une bonne partie faisait du ex-cathedra en lisant des textes qui, avec un peu de chance changeaient tous les dix ans.....

Il y a néanmoins quelque chose d'extrêmement vrai dans les propos écrits qui introduisaient mon cours: le fait qu'il était à construire ensemble. Et en effet, une des premières leçons tirées de cette expérience ce fut que le support écrit ne sert pas à grand-chose. C'était une des premières fois que je m'adressais à un auditoire de professionnels de la santé pendant un laps de temps conséquent (si je ne m'abuse, la première volée avait lieu à travers des séances de 4 heures). A cette époque, je n'avais qu'une idée très vague du quotidien du soignant, je ne connaissais que la caricature livresque de l'univers des soins, je n'avais jamais passé une journée dans une unité de soins, je n'avais jamais partagé la rage et la douleur face à l'impuissance de la médecine devant la souffrance du patient. Peut-être qu'à cette époque, je pensais moi aussi au fond de moi-même que la médecine était toute puissante et que sa tâche était de guérir les malades: c'était un peu ce que m'avaient transmis les jeunes étudiants de médecine à qui j'avais tenté d'enseigner l'éthique à l'Université Laval à Québec.

J'ai par la suite appris que soigner n'est pas forcément guérir, que les médicaments ne sont pas le seul outil thérapeutique, que des scanners ne nous évitent pas des prises de décision

difficiles et que, *last but not least*, la contention (physique ou chimique) n'est pas la panacée. En effet, c'est justement autour de 1995 que la lois sur la santé publique vaudoise a commencé à être remise en question, notamment par rapport aux formes de contentions à la suite de la pression exercée par des groupes de patients. On s'était alors aperçu qu'il n'y avait pas de support juridique clair à cette pratique et, de ce fait, la LSP avait intérêt à être révisée. Le processus est évidemment toujours en cours et la notion de représentant thérapeutique suscite bien des inquiétudes parmi les soignants de toute profession.

Lors de ma présentation le 4 avril dernier, j'ai sorti le fameux pot de crème, d'une part pour illustrer le phénomène de mode mais aussi en guise de métaphore. Le phénomène de mode paraît clair: parmi toutes les appellations possibles on pourrait se demander pourquoi Dior a choisi d'appeler sa crème « Ethique », pourquoi pas « Psychiatrie » ou alors « Soins intensifs » ? Elle aurait fait de moins bons bénéfices.....

La métaphore est que le produit cosmétique joue sur le paraître et pas forcément sur l'être; certes, il y a plusieurs raisons de se mettre une crème de jour, mais le but principal des produits cosmétiques reste la volonté de paraître plus beau.

La métaphore du pot de crème est donc la métaphore de l'éthique alibi, de l'éthique qui donne bonne conscience même si sur le fond rien ne change.

En réalité, je ne saurai jamais quel était le véritable mobile qui a permis à ce premier cours d'éthique de voir le jour dans le milieu de la psychiatrie; mais la coïncidence entre la contention, la révision de la LSP et la mise sur pied d'un cours d'éthique pour le personnel de la psychiatrie me paraît assez frappante pour passer inaperçue.

Mode et alibi donc pour cette éthique qui fait couler beaucoup d'encre.

On pourrait en rester là si on se limitait à laisser faire l'éthique sans en faire, autrement dit pour

ceux qui envoient des gens suivre des cours d'éthique sans jamais en avoir suivi, l'éthique restera toujours une simple mode innocente et un facile alibi. Le problème vient du côté de ceux qui s'intéressent réellement à l'éthique, de celles et ceux qui choisissent d'investir du temps pour aller dans ce fameux pot de crème afin de voir de quoi est composée cette pommade miraculeuse. Car une fois le couvercle dévissé, on plonge dans un domaine jusqu'alors plutôt mal connu mais qui réserve des surprises à plusieurs égards. La force d'un livre comme *Le monde de Sophie* de J. Gaarder vient justement de ce qu'il permet de constater que d'autres bien longtemps avant nous s'étaient posés des questions que nous nous posons souvent sans pour autant trouver des pistes de réponses; la plongée dans la crème de Dior avec une pincée de philosophie morale permet de constater que les questions qui turlupinent l'esprit des soignants dans leurs gestes au quotidien ont toute une histoire qui remonte souvent jusqu'à Aristote ou même avant. Ce qui permet, par ailleurs, de soulager un certain nombre de consciences: apprendre, par exemple, qu'un philosophe de telle époque a pensé et expliqué une vague idée qu'on se faisait autour d'un sujet, peut consolider une opinion personnelle qui jusque là était à un stade embryonnaire et peu élaborée.

La difficulté dans cet exercice de pontage entre théorie et pratique, consiste justement à trouver les bons exemples issus du quotidien pour mieux saisir l'importance de l'apport théorique.

A ce propos, je me souviens d'un défi absolument périlleux que j'avais osé faire lors du premiers cours d'éthique: faire lire aux participants quatre pages des Fondements de la métaphysique de moeurs de Kant. Une lecture pénible même pour les habitués de la philo, une syntaxe hyper-complicquée et une articulation de concepts à faire sursauter le plus pervers des psychiatres. Et bien non seulement l'exercice a réussi, mais, chose surprenante, je l'ai souvent répété dans d'autres cours. Son but ? montrer en quoi le consentement du patient est absolument important, car dans la philosophie des Droits de l'homme qui est la nôtre et héritée de la morale kantienne, le respect de l'autonomie est le moyen de promouvoir la

dignité humaine. Lire et comprendre à l'aide des quelques explications, quatre pages de la Métaphysique de moeurs de Kant, permet de comprendre le lien existant entre autonomie, liberté et dignité humaine. Et en fin de compte, de se rendre compte que la pratique du consentement n'est pas dictée par une pression sociale liée à l'émancipation du patient, mais qu'elle constitue une exigence de base pour le respect de la dignité humaine.

D'autres chapitres de la philosophie morale pourraient être évoqués ici comme, par exemple, le paralogisme naturaliste (faux raisonnement logique qui consiste à inférer un devoir à partir de l'être) qui permet ensuite aux soignants de comprendre comment on peut passer des heures à se cacher derrière des faits alors qu'il s'agit d'établir des normes pour résoudre un dilemme moral; ou encore, tout simplement, la complexité de la définition de l'étendue de la communauté morale qui rebondit de nos jours à la suite des performances de plus en plus spectaculaires de la médecine.

C'est ainsi qu'une fois le couvercle dévissé, on y prend goût car on comprend mieux un certain nombre de problèmes qui ponctuent le quotidien des soins et si on les comprend mieux, c'est déjà un bon pas en avant pour éventuellement trouver une solution. C'est cela que peut apporter une meilleure connaissance de l'éthique et non pas un ensemble de recettes à la Betty-Bossi comme certains aiment bien le croire.

En conclusion, je dirai ce que j'ai déjà entendu à plusieurs endroits: faire de l'éthique c'est bien mais il ne faut pas que ça coûte trop cher, le pot de crème de Dior ne coûte, lui, que 58.- CHF TVA incluse.

Carlo Foppa

Le jugement éthique en situation: une approche de l'éthique clinique

Le champ de la pratique médicale est traversé depuis le début des années 1970 par un intérêt

renouvelé pour les questions d'ordre éthique. Au-delà de l'effet de mode dont l'éthique fait actuellement l'objet, ce phénomène réside dans une nouvelle manière d'appréhender et de formuler le questionnement éthique; il atteste de la vitalité de la réflexion éthique en médecine et met en lumière les nouveaux liens qui se sont créés entre éthique et médecine depuis quelques décennies. Je propose d'examiner ce renouveau méthodologique dans ses grandes lignes et de prendre la mesure de son influence sur le jugement médical et la responsabilité qui lui est associée.

I. Aperçu historique

Durant plus de vingt siècles, la tradition hippocratique a promu une représentation de pratique médicale s'appuyant sur un ensemble de vertus telles que l'honnêteté, l'habileté, la fidélité, le courage, la tempérance, la compassion, ainsi que sur des principes tels que le devoir de protection de la vie, l'interdiction de nuire à autrui, et le devoir de respect du secret médical.

Au cours des années 1970, cette conception traditionnelle de l'éthique médicale est apparue inadaptée aux développements des biotechnologies. L'émergence de techniques telles que la dialyse rénale, les transplantations d'organes, de tissus et de cellules, les méthodes de contrôle de la fertilité, les techniques de respiration artificielle, le développement des soins intensifs et le développement du génie génétique ont donné lieu à des questionnements inédits, dont je ne mentionnerai ici que quelques exemples: comment procéder à un usage raisonnable des développements technologiques dans un contexte social et culturel accordant une primauté au respect de l'autonomie de l'individu? Comment définir dans ce contexte la qualité de la vie d'un patient? Comment répartir de manière équitable des ressources rares?

Ces questionnements dépassaient le cadre de l'éthique hippocratique, dont le champ se confinait habituellement à l'alcôve du cabinet médical; ils concernaient tant le domaine public, que le droit, la religion, la philosophie, la sociologie et la politique. Ne pouvant plus faire

l'objet d'un débat limité au seul corps médical, les dimensions éthiques de l'activité médicale devaient être soumises à la délibération plurielle des membres d'une société multiculturelle. De nombreuses institutions sociales faisaient ainsi irruption dans un champ d'activité habituellement réservé aux seuls médecins, donnant naissance, dès la fin des années 1970 à une discipline nouvelle, *la bioéthique*.

La tâche de la bioéthique naissante se déclinait selon deux axes: un axe *normatif*, cherchant à élaborer des normes morales universelles sur lesquelles fonder des comportements adaptés à l'essor des technosciences médicales et des transformations des institutions sociales qui l'accompagnaient. Un axe *méthodologique*, ou *analytique* cherchant à élaborer des méthodes qui permettent de guider les décisions cliniques en cas de conflits moraux.

II. Les principes de la bioéthique

Le pluralisme social qui caractérisait la société des années 1970 orientait la *perspective normative* de la bioéthique vers la recherche d'un noyau consensuel des principes moraux minimaux emportant l'agrément de la plupart des communautés idéologiques, philosophiques et religieuses, au-delà des convictions personnelles. Cette quête a abouti à l'élaboration d'une (bio)éthique normative, qui offre un cadre de référence à l'éthique médicale contemporaine.

La dimension normative de la bioéthique se fonde sur le respect des trois principes cardinaux suivants: 1) *le principe de respect de l'autonomie de la personne*, 2) *le principe de non-malfaisance et de bienfaisance* et 3) *le principe de justice*.

- **Le principe de respect de la personne**, constitue une obligation morale de traiter chaque personne comme un être libre et autonome et fonde le devoir d'obtention du consentement éclairé lors de tout acte médical.
- **Les principes de bienfaisance et de non-malfaisance**, constituent des obligations morales de maximiser les effets

des actes médicaux sur le bien-être de l'humain - au sens du bien-être biopsychosocial - et de minimiser les effets délétères de ces actes. Ces principes fondent le devoir d'évaluation du rapport risque/bénéfice d'une pratique médicale en vue de préserver la santé, de soulager la souffrance, d'améliorer les handicaps et de prolonger la vie.

- **Le principe de justice**, constitue un groupe de normes exprimant l'obligation de répartir de manière équitable les ressources médicales, de même que les bienfaits et les risques d'une conduite médicale.

L'application de ces trois principes à une situation concrète de soin constitue le *moment méthodologique* de l'approche bioéthique. Il s'agit du moment au cours duquel le soignant élabore un *jugement éthique en situation*, qui a pour tâche de déterminer quelle est l'action sage et prudente la mieux adaptée à une situation clinique singulière.

III. De la bioéthique à l'éthique: le jugement éthique en situation

Ce moment d'application est loin d'être simple et ne va pas de soi, comme la réalité clinique le laisse transparaître. Il reflète la richesse, la créativité du jugement médical, et témoigne de la responsabilité qui lui est associée. Quelle est la nature de cette opération? A la suite de nombreux auteurs, je propose de comprendre l'opération d'application comme un mixte d'argumentation et d'interprétation, faisant appel tant à des processus logiques de déduction et d'induction qu'à une capacité d'interprétation des variations de sens de la règle au cas.

Pour être menée à bien, cette opération présuppose une investigation des diverses strates constitutives du contexte de soins, soit:

- Les valeurs individuelles du patient et du soignant lui-même, telles qu'elles se laissent voir et entendre dans le cadre d'un dialogue interpersonnel,

- Les normes professionnelles du soignant (dans le cadre d'une équipe de soin)
- Les représentations socio-anthropologiques des valeurs et des normes en jeu dans ce contexte.

1) Les valeurs individuelles et la relation interpersonnelle

En situation clinique, l'identification et la compréhension des valeurs individuelles s'effectue à travers un dialogue thérapeutique fondé sur un pacte de soins basé sur la confiance. C'est dans ce cadre que la quête des valeurs du patient et du soignant, de ce qui compte le plus pour chacun d'eux, en fin de compte de leurs visions respectives de la vie et de la mort, peut être conduite.

L'existence d'une méfiance chez le patient à l'égard de l'abus présumé de la part du corps médical, et d'un soupçon que le médecin sera inégal à l'attente démesurée mise dans son intervention, est un élément qui fragilise le pacte de soins. Au contraire, l'écoute attentive par les soignants de la narration du malade (de la manière dont celui-ci se constitue comme sujet de sa propre histoire) accompagnée d'une écoute du langage du corps (lors des gestes techniques, par exemple), sont autant d'éléments générateurs d'un espace de confiance mutuelle au coeur duquel l'expression du bien tel que le patient le conçoit peut se laisser voir et entendre.

Nous avons ici à faire à la *strate relationnelle du jugement éthique*. Elle représente l'un des éléments essentiels de l'élaboration éthique du jugement médical.

2) Les normes professionnelles des soignants

Le second élément qui joue un rôle dans l'élaboration du jugement éthique, est l'identification des normes morales qui guident les conduites professionnelles des soignants. Ces normes, habituellement dérivées des trois principes recteurs de la bioéthique (respect de l'autonomie de l'individu, bienfaisance et justice distributive), prennent corps dans des chartes

éthiques spécifiques, au sein desquelles elles se déclinent sous forme de normes de pratiques. Intériorisées par les soignants, ces normes régulent leurs comportements professionnels spécifiques.

Nous avons ici à faire à la *strate déontologique du jugement éthique*, qui représente l'élément régulateur de l'élaboration éthique du jugement médical.

3) Les représentations socio-anthropologiques des valeurs et des normes

Le troisième élément qui intervient dans cette démarche est constitué par les représentations socio-anthropologiques des valeurs et des normes des divers acteurs de la situation de soin: il s'agit d'identifier les couches morales sédimentées dont l'histoire d'une culture est porteuse - d'identifier l'horizon culturel du sens qui imprègne les conduites d'une collectivité humaine. Ces sédiments moraux prennent des formes spécifiques en fonction des microcultures institutionnelles et des individus qu'elles habitent. Elles se déclinent sous forme de normes sociales et ont une influence sur la constitution des valeurs individuelles.

Nous avons ici à faire à la *strate culturelle du jugement éthique*, qui représente le champ éthiquement marqué qui donne sens aux valeurs individuelles et aux normes professionnelles.

Cette configuration en trois niveaux éthiques du contexte de soin détermine les trois moments de l'élaboration du jugement éthique en situation clinique, soit:

- l'identification, selon des règles démocratiques de discussion, des valeurs et des normes des divers partenaires d'une situation de soin.
- l'identification des niveaux de conflit entre les valeurs et les normes en jeu,
- une fois cette "topographie" établie, la mise en oeuvre d'une sagesse pratique (également dénommée *phronesis* ou

prudence), orientée vers l'élaboration d'un *jugement éthique en situation*, qui ouvre la voie à l'accomplissement de la meilleure action possible dans une situation singulière.

L'élaboration de ce jugement repose sur la volonté et la capacité des soignants d'accorder une place prépondérante au dialogue entre les divers partenaires de la situation de soin, en vue d'aboutir à un équilibre pesé et réfléchi entre convictions et argumentations. Une mise en forme de cette approche est proposée en annexe.

IV. En guise de conclusion

Les nouveaux liens entre éthique et médecine, que j'ai brièvement esquissés, sont intimement liés au renouvellement de l'éthique hippocratique. Dans ce contexte, l'élaboration d'un jugement éthique en situation est conçue comme le fruit d'une collaboration interdisciplinaire. La tentation procédurale de cette démarche ne devrait cependant pas masquer l'enjeu éthique fondamental qui la mobilise: l'élaboration d'un jugement éthique en situation est une forme concrète d'exercice de la responsabilité du soignant à l'égard d'une personne souffrante et de son environnement social et institutionnel. Préserver un espace institutionnel de dialogue (un espace éthique) au coeur duquel la responsabilité éthique du soignant peut être discutée, exercée et assumée, constitue, me semble-t-il, l'un des moyens permettant d'éviter que *l'acte* de soin ne soit réduit à une technique de soins.

Lazare Benaroyo

Annexe

Proposition d'une méthode d'analyse éthico-pratique

- *Quelles sont les problématiques éthico-pratiques soulevées?*
- *Identifier les données cliniques significatives - les données qui vont*

interférer avec les décisions qui pourraient être prises dans ce cas.

- *Identifier les responsabilités des divers intervenants dans le processus de soins.*
- *Identifier les diverses valeurs considérées par chaque intervenant de la situation de soins comme essentielles pour aboutir à une issue favorable.*
- *Identifier les conflits de valeurs survenant dans cette situation.*
- *Identifier des approches alternatives pour résoudre les conflits moraux.*
- *Choisir l'option qui préserve le plus grand nombre de valeurs communément partagées.*
- *Donner une justification rationnelle de ce choix.*

L'éthique au cœur de la réflexion infirmière?

L'article est prêt et n'est pas bien différent de mon intervention au colloque thématique du 4 avril 2001 ("Ethique: label de bonne conscience"). Mais diverses circonstances ajournent sa parution. Et puis, pendant ce temps, le 11 septembre 2001... Le retard prend alors une autre signification. L'article une autre orientation.

Les attentats de New York et de Washington font-ils date aussi dans notre microcosme hospitalier?

La question peut paraître insolite, déplacée, abracadabrantesque.

Mais peut-on la méditer sous l'angle de notre responsabilité morale et sociale?

Que disent les trois minutes de silence observées de Londres à Téhéran à la mémoire des victimes des attentats, toute la douleur du monde ne semblant *concentrée que sur quelques hectares*¹ nord-américains?

Que disent les réponses militaires occidentales au terrorisme, posant la séparation manichéenne

et primaire du Bien ("nous sommes tous américains") et du Mal (l'idéologie de Ben Laden) et, à cette aune, de la désignation de l'Autre, si l'on songe un instant au peuple afghan par exemple?

Que disent-elles des paradoxes de la démocratie, des libertés individuelles et du bien-être général, des *principes* (prévalence du juste) et des *conséquences* (prévalence du bien)?

Que disent l'*ordre économique*, érigé en norme absolue, et l'équation binaire paix \Leftrightarrow prospérité matérielle versus violence des bénéficiaires boursiers, des procédures de licenciements massifs, des exclusions, de l'exploitation du tiers-monde...?²

Que dit le testament de l'un des terroristes de la volonté, de l'autonomie, de la vie, de la mort, des symboles et des mythes (d'ici et d'ailleurs) du juste, du mal, de la faute, de la culpabilité, d'une ontologie de la *volonté faillible*³ et d'un *mal moral possible*?

Une telle intrusion profane dans une actualité complexe, insaisissable, déjà largement commentée, ne vaut que pour l'aporie de ces questionnements: "Nous sommes ainsi amenés, en réfléchissant sur le jugement moral, à nous poser une question plus radicale: "Qu'est-ce que l'homme?" Nous verrons que la réponse à cette question conditionne nos jugements et nos choix éthiques. Toute réflexion éthique qui ferait l'économie de cette question ne pourrait se construire"⁴

Faudrait-il concevoir qu'il y a un avant et un après le 11 septembre 2001? En quoi l'éthique (clinique) serait-elle concernée?

L'éthique renvoie à l'idée d'un fondement de la morale (une réflexion philosophique originaire sur la moralité). Mais elle est aussi comprise comme un ensemble de règles codifiées, dans un champ donné, soit par exemple *l'éthique médicale*. Or, l'éthique médicale contemporaine naît avec le code de Nuremberg, d'août 1947, à savoir dix règles d'éthique, énoncées par le Tribunal Militaire International, qui jugea les criminels de guerre nazis et définit, pour la première fois, le concept de *crime de guerre contre l'humanité*. C'est bien l'inscrire dans le débat sur l'humanisme. C'est bien aussi, dans ce processus de judiciarisation, accepter le visage humain-inhumain de l'homme. En ce sens, le 11 septembre, davantage encore les jours qui ont

suivi, marquent une différence notable, un demi-siècle plus tard: le passage d'une éthique déontologique (du devoir) à une position téléologique (la réalisation du Bien), voire utilitariste; le passage de principes universels, intemporels, à l'évaluation au cas par cas: la fin justifie les moyens.

Comment sortir de la binarité, pour mieux discuter des enjeux d'une réalité complexe ?

Comment définir un humanisme infirmier que ses thuriféraires les plus patentés présentent comme le sauveur du monde ?

La relation médecin/patient, infirmier/patient a longtemps été vécue sur un mode paternaliste, fondé sur le principe de bienfaisance à l'égard de celui qui est en état de faiblesse, par sa maladie ou son ignorance. Cette conception asymétrique de la relation ne favorisait certes pas la question du consentement aux soins et de l'altérité. Aujourd'hui il n'est plus éthiquement et cliniquement possible de ne pas interroger les références humanistes (diablenement angéliques) des modèles infirmiers. Il convient d'accorder la plus grande attention aux postulats des modèles "globalistes" et entendre la voix des groupes concernés par la maladie et par nos décisions: "Nous avons toujours été méfiants devant les grandes formules. Quand on nous répète ainsi des phrases du type -"le patient est au cœur du système de santé"-, on se méfie. C'est une fiction, un discours idéologique des médecins(...) Le patient ne se résume pas au discours que tient son médecin sur lui."

Alors que le 11 septembre semble nous ramener à la seule morale du plus fort, il est de notre responsabilité de construire une éthique du dialogue, de la responsabilité, hétéronomique, définissant une place pour chacun dans de nouvelles formes d'organisation (voir les forums hybrides⁵). Le savoir n'est plus l'apanage des puissants, il est co-élaboré par les acteurs sociaux pour le temps convenu de la négociation, de la décision et de l'évaluation.

Ainsi, par exemple, la transparence nécessaire de l'information, facteur d'égalité, justifie totalement que le patient ait un accès direct à son dossier.

L'éthique suppose des engagements, des choix donc des risques. Très logiquement, le débat contradictoire sur les valeurs de chacun doit trouver sa place et pour cela il est utile de



programmer, dans notre département, un enseignement éthique, et de favoriser, lors de colloques singuliers, l'expression de la dimension éthique du travail clinique.

Jean-Michel Kaison

¹ L'expression est de Christophe Gallaz, journaliste et écrivain.

² "Le développement de la science économique (...) a contribué (...) à bâtir une représentation du monde radicalement nouvelle (...) marquant la séparation radicale des aspects économiques du tissu social et leur construction en domaine autonome. Cette conception permet de donner corps à la croyance selon laquelle l'économie constitue une sphère indépendante de l'idéologie et de la morale et obéit à des lois positives, en laissant dans l'ombre le fait qu'une telle conviction était elle-même le produit d'un travail idéologique et qu'elle n'avait pu se constituer qu'en ayant incorporé, puis en partie recouvert par le discours scientifique, des justifications selon lesquelles les lois positives de l'économie sont au service du bien commun. (...) Cette dissociation de la morale et de l'économie, et l'incorporation à l'économie dans le même mouvement d'une morale conséquentialiste fondé sur le calcul des utilités, ont permis d'offrir une caution morale aux activités économiques du fait même qu'elles sont lucratives". Boltanski L., Chiapello E. *Le nouvel esprit du capitalisme*, Editions Gallimard, 1999.

³ Ricoeur P. *Finitude et culpabilité. I L'homme faillible. II La symbolique du mal*, Paris, Aubier-Montaigne, 1960.

⁴ Rameix S. *fondements philosophiques de l'éthique médicale*, ellipses, collection Sciences Humaines en médecine, 1996.

⁵ Callon M., Lascoumes P., Barthe Y. *Agir dans un monde incertain*, Editions du Seuil, septembre 2001.
