**L’éthique procédurale des soins de santé :**

**à consommer avec modération et sagesse !**

Laurent RAVEZ

(Centre de Bioéthique de l’Université de Namur, Institut ESPHIN)

Dans ce texte, nous appellerons « éthique procédurale des soins de santé » le recours à des méthodologies standardisées pour répondre aux questionnements éthiques du quotidien des soins. L’évocation d’une « procédure » ou d’une « méthodologie » en éthique des soins de santé renvoie inévitablement au principisme de Beauchamp et Childress avec les quatre principes universellement connus (autonomie, bienfaisance, non-malfaisance, justice). Mais il existe également d’innombrables autres outils méthodologiques ou conceptuels auxquels les adeptes de l’éthique procédurale ont recours.

Dans l’espace international francophone, on pourrait évoquer les nombreuses grilles d’analyse des situations cliniques telles que, par exemple, celles de Guy Durand[[1]](#footnote-1), de Hubert Doucet[[2]](#footnote-2), de Nicole Léry[[3]](#footnote-3) ou encore, bien entendu, de Cécile Bolly[[4]](#footnote-4).

Du côté anglophone, la liste est bien plus longue. Une des méthodologies d’analyse les plus connues est celle proposée par A. R. Jonsen, M. Siegler et W. J. Winslade dans « Clinical Ethics ». Ces trois célèbres spécialistes de la bioéthique proposent de relire les situations cliniques qui posent des questions éthiques en les analysant de quatre points de vue différents : les indications médicales, les préférences du patient, la qualité de vie et les éléments contextuels (le contexte social, familial, économique, légal et administratif)[[5]](#footnote-5).

On pourrait également citer le « Protocol for Ethical Decision Making » de J. T. Rule et R. M. Veatch qui, pour résoudre les dilemmes éthiques, propose de suivre un processus en quatre étapes : lister les issues possibles face au problème posé ; pour chaque issue proposée, établir les implications éthiques de leur mise en œuvre en utilisant les principes de Beauchamp et Childress ; utiliser comme repères les avis et guidelines publiés par vos collègues ou confrères (société savante, syndicat ou ordre professionnel), ou, plus largement, par des personnes (religieux, chercheurs, etc.) dont l’avis peut être utile ; évaluer les alternatives possibles (étape 1) en fonction des données recueillies aux étapes 2 et 3[[6]](#footnote-6).

Hubert Doucet suggère l’idée que les grilles d’analyse en matière d’éthique des soins de santé tourneraient autour de cinq points importants : 1. définition du problème médical ; 2. identification de toutes les parties impliquées dans la situation ; 3. spécification des valeurs et des principes en jeu ; 4. discussion des solutions possibles ; 5. recommandation de l’action la plus adaptée à la situation.

Si ces outils méthodologiques ne sont pas en eux-mêmes problématiques, la façon dont ils sont utilisés peut parfois l’être. On pourrait donc tout à la fois s’accorder sur l’utilité de ces outils d’analyse, tout en insistant sur l’importance de la façon dont ils seront utilisés.

C’est précisément le sens de la mise en garde lancée par Cécile Bolly quant à l’utilisation de son propre outil. Elle écrit : « Un tel outil ne constitue pas une recette, qui permettrait de faire l’économie d’une réflexion en cochant quelques items ou en répondant à une liste de questions » [[7]](#footnote-7). Elle ajoute que l’outil est destiné avant tout à aider les professionnels de la santé à construire une réflexion personnelle sans chercher à se débarrasser du doute face aux questions difficiles du quotidien des soins.

Une telle mise en garde ne semble pas prise au sérieux par Véronique Fournier et Nicolas Foureur qui ont récemment publié un ouvrage intitulé « Ethique clinique »[[8]](#footnote-8). On y retrouve « des grilles de lecture, des tableaux, des schémas, des checklists d’aide au ‘travail’ éthique »[[9]](#footnote-9). Le principisme est d’abord rapidement expliqué, sans qu’il ne soit jamais question des limites de cette approche très occidentale de la bioéthique. Les auteurs nous expliquent ensuite comment faire *concrètement* pour gérer un dilemme éthique qui surviendrait au sein d’une institution : saisine, instruction (avec les éléments à instruire), composition du groupe procédant à l’analyse et le suivi nécessaire. Un récapitulatif est alors proposé concernant les « étapes et (les) clés pour une consultation d’éthique clinique réussie »[[10]](#footnote-10). L’ouvrage se termine par un chapitre consacré aux « 10 questions parmi les plus fréquentes posées par les cas d’éthique clinique », un chapitre sur les « 10 éléments du contexte français contemporains importants à connaître » et une dernière réflexion sur l’importance de l’éthique clinique pour les soignants. Tout cela est calibré pour être retenu facilement et appliqué sans complication majeure. C’est tellement clair et précis que l’on pourrait facilement encoder toutes ces données pour alimenter une intelligence artificielle qui ferait bien plus efficacement le « travail éthique » que le soignant confronté à une situation difficile où des valeurs contradictoires s’affrontent.

On pourrait bien entendu se réjouir de l’existence de ces méthodologies et de ces procédures dans un domaine, l’éthique des soins de santé, qui peut dérouter les soignants en raison des débats parfois très abstraits auquel il peut conduire. Des règles et des repères pour savoir très précisément les objectifs à atteindre et comment y parvenir méthodologiquement peuvent alors apparaître comme indispensables si l’on veut que l’éthique *serve à quelque chose*.

La difficulté majeure d’une telle approche pragmatique de l’éthique des soins de santé visant avant tout l’efficacité est de sortir du champ disciplinaire d’origine. A vouloir faire l’ange, on fait la bête. A vouloir enfermer l’éthique des soins de santé dans des protocoles, on finit par faire autre chose que de l’éthique des soins de santé.

L’éthique des soins de santé (certains préfèrent parler de « bioéthique) désigne aujourd’hui la mise en œuvre d’une réflexion critique sur les valeurs en jeu dans les pratiques de soin et les recherches scientifiques touchant à la santé humaine et animale. Pour analyser ces valeurs, la bioéthique mobilise des acteurs scientifiques issus de diverses disciplines : la médecine, le droit, la philosophie, la sociologie, la théologie, etc., et a recours à des outils méthodologiques spécifiques. Le transfert de ces recherches peut déboucher sur la proposition de repères éthiques destinés à guider les activités des soignants et des chercheurs concernés. Une telle définition a notamment pour conséquence que l’éthique des soins de santé ne peut pas se réduire à l’énonciation de positions personnelles concernant la moralité ou l’immoralité d’un comportement ou d’une décision[[11]](#footnote-11). Pour faire de l’éthique des soins de santé, il faut accepter de produire un effort critique par rapport aux jugements moraux : en les analysant, en les contextualisant et en les justifiant de façon rationnelle et partageable avec les autres. Celle ou celui qui fait de l’éthique ne ressemble en rien à un juge scrutant nos comportements quotidiens pour pouvoir les sanctionner en cas de dérapage. Elle/il est plutôt comme un.e scientifique derrière son microscope, essayant de comprendre le phénomène qu’elle/il a sous les yeux et d’en rendre compte.

Dès lors, l’éthique des soins de santé ne peut en aucun cas être envisagée comme un agent de normalisation des comportements dans le domaine de la santé. La réflexion éthique n’est pas là pour nous apprendre à mieux respecter les règles, les codes ou les lois, mais pour nous aider à y réfléchir de façon critique et pertinente. L’éthique vient donc questionner nos certitudes, nos croyances et nos convictions sur le bien et sur le mal.

Or, l’objectif d’un protocole est précisément de standardiser les comportements des acteurs concernés. Pour le comprendre, il est intéressant de se tourner vers le concept de soins basés sur des protocoles (*protocol-based care*). Il s’agit concrètement d’offrir des soins basés sur des algorithmes, des procédures, des standards, des guidelines, bref des protocoles basés sur des preuves, intégrant des instructions détaillées sur la façon d’accomplir des tâches spécifiques et décrivant qui doit accomplir celles-ci, où, quand et comment[[12]](#footnote-12). La subjectivité du soignant est ainsi mise de côté pour permettre de délivrer des soins d’une qualité constante, quel que soit le patient concerné.

Il est clair que certains soignants rechignent à une telle protocolisation de leurs soins. Certains mettent ainsi en avant le risque que les protocoles soient utilisés comme des recettes de cuisine à suivre scrupuleusement, sans même devoir penser aux spécificités de certaines situations que des règles générales ne peuvent pas anticiper[[13]](#footnote-13). Face à une telle critique, les défenseurs de la protocolisation des soins ne manquent pas de répondre que le protocole ne prive en aucun cas le soignant de la possibilité voire du devoir des réfléchir aux meilleures façons d’adapter les règles générales aux situations particulières. Mais comment ne pas voir dans un tel argument une forme d’injonction paradoxale particulièrement déstabilisante ? En effet, il s’agit tout à la fois d’insister sur le respect « des protocoles et des fiches techniques », tout en incitant à l’« adaptation à chaque situation clinique »[[14]](#footnote-14) ? Par ailleurs, la possible transgression à laquelle il est fait référence porte non pas sur les objectifs et les finalités du protocole mais sur les moyens de sa mise en œuvre. Ph. Cloarec écrit à ce sujet : « La discussion sur le sens est peu fréquente, ce qui donne l’impression aux infirmiers qu’un protocole arrive et qu’il faut l’appliquer »[[15]](#footnote-15). Il n’est donc pas question de penser les finalités du soin mais de calculer les moyens à mettre en œuvre.

Ce type de management, qui encourage voire oblige les travailleurs à faire preuve de « plasticité » dans la façon dont ils déterminent les moyens à mettre en œuvre pour atteindre des objectifs dont ils n’ont jamais pu discuter, plonge ses racines dans un terreau nauséabond, si l’on en croit Johann Chapoutot. Cet historien met en évidence que les « penseurs » allemands de l’organisation du travail durant la Deuxième Guerre mondiale estimaient que la tâche des agents du 3ème Reich était « (…) moins de penser les fins que de réfléchir aux moyens d’atteindre les objectifs fixés par le commandement suprême »[[16]](#footnote-16). Il s’agissait donc en réalité de « calculer » et non pas de penser.

Bien-sûr, il faut éviter ici des comparaisons outrancières qui mènent à des caricatures stériles. Il reste cependant que les données historiques peuvent nous aider à rester vigilants. La rationalité administrative[[17]](#footnote-17) qui semble s’être emparée de certaines institutions de soins risque de nous conduire à oublier les finalités propres de telles institutions en les remplaçant par des objectifs à atteindre et des items à cocher. Or, la réflexion éthique et, singulièrement, l’éthique des soins de santé s’attachent précisément à penser les finalités de nos activités et spécifiquement cette activité qui consiste à soigner autrui.

On ne peut donc pas non plus *administrer* l’éthique en l’enfermant dans des grilles, des guidelines ou des procédures. En revanche, une démarche éthique peut être intéressante pour questionner une rationalité administrative qui consisterait à « (…) soumettre les savoirs à une logique comptable, subordonner la pensée au calcul et au résultat, évaluer les actions de l’homme en termes de performance, bien gérer ses ressources et son capital et, finalement, confondant choses et chiffres, règle et régulation, projet et programme, à rabattre l’agir humain de l’acte politique sur l’opération technique »[[18]](#footnote-18).

Au fond, le principal défaut de l’éthique procédurale est finalement de nous faire croire que la démarche éthique *peut* voire *doit* être « efficace », en nous permettant de trouver des « solutions » aux innombrables difficultés auxquels les soignants sont confrontés quotidiennement. Mais « faire de l’éthique », c’est précisément prendre conscience qu’il faut parfois accepter l’idée d’être « inefficace » par rapport à des modèles de management et de gestion qui sont imposés de l’extérieur et qui ne correspondent pas aux valeurs des professionnels sur le terrain.

Par exemple, la réflexion éthique pourra aider à questionner l’idée que le patient devrait être placé au centre du dispositif hospitalier ou plus largement du dispositif institutionnel. Dans cette logique, le patient est en réalité un client avec des droits et des besoins à satisfaire, et les professionnels qui gravitent autour de lui ont pour mission de le satisfaire. L’institution de santé peut alors être envisagée comme un centre commercial offrant parallèlement un hébergement spécialisé et les responsables seront tenus d’appliquer les règles de gestion et de management adaptées à ce genre d’établissement. Des réunions « éthiques » pourront alors être proposées au personnel, à l’instar des séances de yoga ou de développement personnel, pour détourner l’attention des employés par rapport à la pénibilité du quotidien professionnel.

Face à une telle dystopie, il faut évidemment pouvoir proposer une alternative moins désespérante. Contrairement à ce que certains voudraient nous faire croire, une institution de soins n’est ni un centre commercial ni un hôtel et le patient n’y est pas roi. Il s’agit d’abord d’un lieu de collaboration et de solidarité entre, d’un côté, des humains en demande de soins et, de l’autre côté, des humains capables de les aider. On pourrait alors dire que faire de l’éthique dans une institutions de soins, c’est travailler cette relation. Pour cela, il faut que chaque professionnel prenne conscience de la nature de la relation qu’il entretient avec les patients et avec ses collègues, et des valeurs à la base de cette relation. Bien-sûr, les valeurs dont il est question ici ne doivent pas être confondues avec les slogans auxquels certaines techniques managériales les réduisent parfois. Ces valeurs sont à la base même des actions humaines puisque c’est ce qui donne du sens à celles-ci. Sachant cela, il faut permettre la circulation des valeurs d’un professionnel à l’autre. Chacun doit pouvoir entendre ce qui donne du sens au travail du collègue, quel qu’il soit, et un dialogue doit pouvoir s’instaurer autour des conflits de valeurs vécus au quotidien.

On ne peut pas « programmer » les étapes d’un tel renouvellement de l’éthique dans une institution de soins, ce serait retomber dans les difficultés que je viens de dénoncer, mais on peut néanmoins définir les conditions favorables pour son émergence. Je ne vais ici qu’en évoquer deux, mais il y en a évidemment d’autres.

La première de ces conditions concerne le temps. Non seulement, il faut du temps pour parvenir à échanger autour des valeurs du soin, mais en plus, il faut accepter l’idée que le temps passé à cette activité ne sera pas immédiatement rentable ni individuellement ni institutionnellement. Les bénéfices ne viendront que très progressivement. Les soignants qui ne peuvent pas entendre cela, parce que, précisément, ils « n’ont pas le temps » ne doivent pas se lancer dans l’aventure. Les gestionnaires et les cadres qui ont orienté leur activité professionnelle sur l’« efficience » ne devraient pas non plus se lancer dans l’éthique ni même permettre que cette activité se développe dans leur institution.

Une deuxième condition indispensable à l’émergence de la réflexion éthique dans une institution est de s’appuyer inconditionnellement sur le réel, en fuyant comme la peste toute forme d’abstraction ou de généralisation. Faire de l’éthique dans une institution, ce n’est pas donc discuter en général de la question de l’euthanasie, de l’acharnement thérapeutique, de la violence subie par certains soignants ou de toute autre entité morale abstraite. La réflexion éthique en milieu institutionnel repose sur le travail d’un groupe de professionnels qui s’appuient sur de situations concrètes du quotidien des soins. Leur tâche est alors de se saisir à bras le corps de ces situations qui leur permettent de dire les valeurs profondes auxquelles ils sont attachés.

Une fois ces conditions d’émergence (et quelques autres qui ne sont pas évoquées ici) mises en place une véritable réflexion éthique tantôt personnelle et tantôt institutionnelle pourra naître. Celle-ci n’aura rien de comparable avec la mise en œuvre d’un algorithme « éthique » qui ignorera toujours ce qu’est la valeur subjective du temps et quel goût peut avoir le réel.

1. G. Durand, *Introduction générale à la bioéthique. Histoire, concepts et outils*, Montréal : Fides, 1999, p. 438-446. [↑](#footnote-ref-1)
2. Il est facile de trouver en ligne une reproduction de la grille d’Hubert Doucet. Mais il est important aussi d’aller lire l’excellent ouvrage qu’Hubert Doucet a consacré à l’éthique clinique et dans lequel on retrouve un chapitre sur les grilles d’analyse : H. Doucet, *L’éthique clinique. Pour une approche relationnelle dans les soins*, Montréal : Les Presses Universitaires de Montréal, 2014. [↑](#footnote-ref-2)
3. L. Léry – N. Léry – M. Le Sommer-Père, « Comment décider dans le soin ? », *Reliance*, n°20, 2006, p. 43-48. [↑](#footnote-ref-3)
4. C. Bolly, « Un outil pour favoriser la capacité éthique des soignants », *Ethica Clinica* n°65. [↑](#footnote-ref-4)
5. A. R. Jonsen – M. Siegler – W. J. Winslade, *Clinical ethics*, 4th ed., New York: McGraw-Hill, 1998, p. 2-13. [↑](#footnote-ref-5)
6. J. T. Rule – R. M. Veatch, *Ethical questions in dentistry*, 2nd ed., Carol Stream: Quintessence Publishing, 2004, p. 75-80. [↑](#footnote-ref-6)
7. C. Bolly, « Un outil conceptuel pour apprendre le raisonnement éthique aux soignants », *Journal international de bioéthique*, vol. 33, no. 2-3, 2013, p. 115-123, p. 121. [↑](#footnote-ref-7)
8. V. Fournier – N. Foureur, *Aide-mémoire. Ethique clinique*, Paris : Dunod, 2021 [↑](#footnote-ref-8)
9. Ibid., p. 119. [↑](#footnote-ref-9)
10. Ibid., p. 166-169. [↑](#footnote-ref-10)
11. L. Ravez, *Introduction à l’éthique des soins de santé*, Montpellier : Sauramps Médical, 2020, p. ?? [↑](#footnote-ref-11)
12. I. Illot, “What is protocol-based care? A concept analysis”, *Journal of Nursing Management*, 2006, 14, 544–552. [↑](#footnote-ref-12)
13. Ibid., p. 549. [↑](#footnote-ref-13)
14. Ph. Cloarec, « Protocoles, référentiels de soins, démarche qualité : autonomie collective et dépendance personnelle », *Recherche en soins infirmiers*, 2008/2, n°93, p. 28-31. [↑](#footnote-ref-14)
15. Ibid., p. 29. [↑](#footnote-ref-15)
16. J. Chapoutot, *Libre d’obéir. Le management du nazisme à aujourd’hui*, Paris : Gallimard, 2020, p. 99-100. [↑](#footnote-ref-16)
17. A. Sabatier, *Critique de la rationalité administrative. Pour une pensée de l’accueil*, Paris : L’Harmattan, 2010 [↑](#footnote-ref-17)
18. Ibid., p. 16. [↑](#footnote-ref-18)