

Compte-rendu de *L'éthique clinique : pour une approche relationnelle dans les soins*, 2014, Hubert Doucet, Paramètres, Les Presses de l'Université de Montréal

Delphine Roigt

Volume 6, 2017

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1044609ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1044609ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

BioéthiqueOnline

ISSN

1923-2799 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce compte rendu

Roigt, D. (2017). Compte rendu de [Compte-rendu de *L'éthique clinique : pour une approche relationnelle dans les soins*, 2014, Hubert Doucet, Paramètres, Les Presses de l'Université de Montréal]. *BioéthiqueOnline*, 6. <https://doi.org/10.7202/1044609ar>

Résumé de l'article

Dans son livre *L'éthique clinique : pour une approche relationnelle dans les soins*, Hubert Doucet propose une approche de l'éthique clinique qui intègre diverses perspectives théoriques et pratiques, notamment celle du philosophe Paul Ricoeur. Il développe un argumentaire pour une vision relationnelle de la pratique de l'éthique clinique, une éthique des soignants qui, selon ses mots, « doit se construire à partir de l'expérience de la maladie et s'adapter à la personne malade ».

Droits d'auteur © Delphine Roigt, 2017



Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

Compte-rendu de *L'éthique clinique : pour une approche relationnelle dans les soins*, 2014, Hubert Doucet, Paramètres, Les Presses de l'Université de Montréal

COMPTE RENDU / REVIEW

Delphine Roigt^{1,2}

Reçu/Received: 15 Feb 2017 Publié/Published: 13 Apr 2017
 ditrices/Editors: Lise Levesque & Mariana Nunez

2017 D Roigt, [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Résumé

Dans son livre *L' thique clinique : pour une approche relationnelle dans les soins*, Hubert Doucet propose une approche de l'éthique clinique qui intègre diverses perspectives théoriques et pratiques, notamment celle du philosophe Paul Ricoeur. Il développe un argumentaire pour une vision relationnelle de la pratique de l'éthique clinique, une éthique des soignants qui, selon ses mots, « doit se construire à partir de l'expérience de la maladie et s'adapter à la personne malade ».

Mots clés

 thique clinique, bioéthique, éthique du soin, éthique médicale

Summary

In his book *L' thique clinique pour une approche relationnelle* (Clinical Ethics: A Relational Approach), Hubert Doucet proposes an approach to clinical ethics that includes various theoretical and practical perspectives, notably that of the philosopher Paul Ricoeur. Doucet argues for a relational vision of clinical ethics practice, an ethics of caregivers that, in his words, "needs to be built from the experience of the disease and adapted to the ill person."

Keywords

clinical ethics, bioethics, care ethics, medical ethics

Affiliations des auteurs / Author Affiliations

¹ Avocate,  thicienne clinique et formatrice, St-Bruno-de-Montarville, Québec, Canada

² Charg e d'enseignement de clinique, Facult  de médecine, Département de médecine familiale et d'urgence, Université de Montréal, Canada

Correspondance / Correspondence

Delphine Roigt, delphine.roigt@videotron.ca

Conflit d'intérêts

Aucun déclaré

Conflicts of Interest

None to declare

Introduction : Les fondements de l'éthique clinique

La notion d'éthique médicale est souvent présentée à partir de deux approches philosophiques. La première est déontologique et fait appel au devoir du médecin (Hippocrate). La seconde est fondée sur la nature même de la médecine de laquelle l'éthique ne peut que découler (Aristote et Platon). L' thique médicale pourrait aujourd'hui être vue comme une « branche de l'éthique professionnelle » [1, p.16]. Or, de la déontologie qui s'adresse généralement à l'agir d'une profession, la morale et l'éthique se distinguent au niveau opérationnel. Dans son livre *L' thique clinique : pour une approche relationnelle dans les soins*, Hubert Doucet soulève la nécessité de développer une éthique clinique «   partir d'une philosophie de la médecine et dans le dialogue entre la profession et l'ensemble de la société » [1, p.16] ce que la bioéthique a participé à faire à sa manière. Citant Paul Ricoeur, Doucet propose donc de « distinguer entre éthique et morale, de réserver le terme d'éthique pour tout le *questionnement qui précède* l'introduction de l'idée de loi morale et de désigner par morale tout ce qui, dans l'ordre du bien et du mal, se rapporte à des lois, des normes, des impératifs » [2, p.42]. Dans ce compte-rendu, nous nous proposons de faire le survol des approches et des principaux courants philosophiques qui ont inspiré l'éthique clinique proposée par Hubert Doucet.

Deux approches éthiques

Comme le titre de son livre le laisse entendre, Hubert Doucet préconise une approche *basée sur la relation*. Un chapitre est consacré à distinguer cette approche relationnelle du *principlism*. Le *principlism* découle des travaux des auteurs américains Beauchamp et Childress dans *Principles of Biomedical Ethics* qui énoncent quatre « principes théoriques arrimés à l'expérience terrain » [3, p.34] permettant de faire face aux dilemmes vécus par les intervenants. Ces quatre principes sont : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice. Pour reprendre les propos de Beauchamp et Childress : « Plusieurs situations impliquent des dilemmes moraux générés par des conflits entre principes moraux conduisant à des demandes contradictoires » [3, p.35]. En identifiant les principes sous-jacents au conflit, on clarifie et on identifie les valeurs en présence, aidant ainsi à choisir l'action à prendre. Doucet explique aussi l'attrait de cette approche accessible, pratique et consensuelle dans la société occidentale mettant tant l'accent sur la primauté de l'individu. À cet égard, il rappelle que jamais Beauchamp et Childress n'ont accordé plus d'importance à l'autonomie qu'aux autres principes et qu'il ne faut pas croire que l'application de ces quatre principes suffit à résoudre les conflits soumis lors de consultations en éthique.

L'éthique de la relation préconisée par Doucet se base quant à elle sur la phénoménologie de la maladie [4-7]. Cette approche exige du soignant qu'il comprenne l'expérience que le patient se fait de sa maladie et comment il peut l'aider à retrouver ou préserver son humanité ainsi fragilisée. Dans cette approche on aborde davantage les comportements, le *savoir-être* du soignant, les capacités d'empathie, d'écoute, de compassion, de dialogue et non pas seulement les connaissances scientifiques du soignant appliquées à un cas. L'empathie démontrée par le soignant permet au patient de se réaliser, d'exercer son autonomie. Dans ce contexte, la réflexion éthique ne s'effectue ainsi pas autour d'un dilemme à résoudre, contrairement à l'approche du *principlism*, mais « par la rencontre entre deux personnes dont la compétence de l'une aidera l'autre à retrouver une intégrité en déclin » [1, p.50].

Trois modèles pour réussir la relation clinique

Hubert Doucet relie cette éthique de la relation à trois principaux courants éthiques : l'éthique de *la vertu*, l'éthique du *prendre soin* et l'éthique *narrative*.

La vertu est ici entendue comme « l'agir moral du soignant » [1, p.52], les qualités comme le *savoir*, le *savoir-faire* et le *savoir-être* appelées « vertus » par les Grecs. Doucet se réfère à la pensée d'Aristote, d'Hippocrate, aux travaux plus contemporains de Pellegrino et Thomasma [8] et Drane [9] et finalement à la profession d'infirmière qui traditionnellement incorpore les vertus dans sa vision de développement [10-11].

L'éthique du prendre soin vient des États-Unis où l'on parlera d'éthique du *care*. On croit à tort que cette approche provient des soins infirmiers alors qu'elle est issue d'un débat d'un tout autre ordre sur les différences entre les tendances morales et psychologiques des femmes et des hommes. Les années 1980 verront naître les approches en *éthique féministe* qui influenceront le développement de l'éthique du prendre soin [12-13]. Doucet exprime ainsi l'idée que l'éthique du prendre soin ne se déploie que dans une relation où chacun reconnaît l'importance de la rencontre humaine et de la singularité de ce qui s'y passe.

L'éthique narrative est présentée comme « une réponse à la déshumanisation des soins » [1, p.64], processus qui s'est immiscé dans les années 1960 avec les avancées technologiques, la spécialisation de la médecine, la médecine des données probantes où le patient et son histoire sont mis de côté. On fait alors entrer la littérature, les sciences humaines, les arts et les sciences sociales dans les facultés de médecine et l'on voit arriver la *médecine narrative*, portée essentiellement par Rita Charon [14], visant, par des récits, à faire une démarche réflexive permettant de développer

l'empathie et « discerner le sens que recèlent les récits des patients » [1, p.65]. Les éléments clés de ce modèle sont l'alliance thérapeutique, l'écoute empathique, le discernement et la décision.

Paul Ricoeur, sagesse pratique et éthique clinique

Dans ce chapitre, Doucet expose les critiques des trois approches présentées dans le chapitre précédent afin d'introduire la pensée de Ricoeur, qui les intègre, ainsi que les autres courants présentés dans le livre, dans une démarche éthique appelée *sagesse pratique*. L'éthique, selon Ricoeur est « un souhait inséparable du désir qui habite l'être humain 'de la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes' » [15, cité dans 1, p.84]. Ainsi, au-delà de l'opposition entre deux principes moraux qui en quelque sorte s'équivalent, il faut dépasser le cadre, sortir de l'impasse de l'agir et exercer cette sagesse pratique qui fait appel à la fois au discernement et à la créativité.

L'auteur aborde ensuite les trois niveaux du jugement médical qui, selon Ricoeur, témoignent de la fragilité du jugement éthique dans le domaine clinique. Au niveau prudentiel, la confiance dans la relation soignant-soigné est menacée par les limites du jugement et de l'agir du soignant, qui reste un humain faillible. Au niveau déontologique, la multiplicité des normes professionnelles peut occasionner des conflits entre intérêts et devoirs. Au niveau réflexif, la richesse des diverses anthropologies philosophiques à même d'éclairer la visée de la vie bonne suffit à susciter la perplexité. Il termine le chapitre avec les « clés » de la « petite éthique » de Ricoeur, lesquelles font œuvre utile pour « ouvrir la voie au dialogue entre les différents courants et approches éthiques » [1, p.90] précédents et les trois niveaux du jugement médical à travers la délibération de la sagesse pratique et l'imagination empathique.

Agir en situation difficile

La complexité de la relation thérapeutique et de la prestation des soins fait ressortir constamment des malaises, des questionnements, des problèmes et parfois de réels dilemmes moraux ou éthiques chez les soignants. Bien que le terme « dilemme éthique » soit trop souvent utilisé, il demeure que la bioéthique cherche à apporter des solutions, à « intervenir dans le champ des rapports sociaux » [1, p.97] comme le souligne Maesschalck [16]. Dans les milieux cliniques, les tensions sur la meilleure façon d'agir sont fréquentes et le sentiment d'incapacité de répondre à toutes les exigences de la tâche de soignant peut mener à de la souffrance morale. Or, cette souffrance ne peut être résolue en privilégiant un principe éthique au lieu ou au détriment d'un autre. Pour Doucet, c'est à cet égard que la consultation en éthique et le rôle de l'éthicien trouvent leur singularité, leur utilité pour « favoriser une démarche réflexive dans laquelle nous cherchons à élaborer des plans d'action capables de susciter un engagement social partagé et stable » [1, p.104]. Une démarche qui engage tous les acteurs cliniques interdisciplinaires concernés, le patient et ses proches de même que les gestionnaires de l'organisation dans laquelle le problème se pose.

Conclusion

L'éthique clinique de Doucet se penche sur les questions et problèmes éthiques liés aux soins dans le contexte de leurs prestations dans des établissements ou organisations. Cela implique donc tous les intervenants, professionnels et soignants, les usagers et leurs proches de même que les gestionnaires, dirigeants et conseils d'administration des organisations. Son éthique clinique se veut à la fois clinique **et** organisationnelle. C'est une éthique « proche des situations vécues sur le terrain », « une éthique de situation » permettant de soutenir la réflexion, le développement du jugement clinique et l'identification d'actions et de gestes à poser ou non dans des situations complexes où des valeurs s'opposent, où des règles se confrontent, où *la meilleure chose à faire* demeure inconnue. C'est ainsi, dans la relation avec le patient et son vécu, relation partagée par d'autres soignants dans un contexte organisationnel, qu'émerge l'éthique clinique. L'utilisation du terme « éthique clinique »

s'inscrit donc dans un contexte social, ayant partisans [18-23] et détracteurs [24-25] au cours des années, mais force est d'admettre que « la bonne médecine clinique est nécessairement une médecine éthique » [1, p.30] comme le soulignait Siegler [20].

Hubert Doucet termine avec un appel à ne plus dissocier l'éthique clinique de l'éthique organisationnelle. La réflexion sur des questions apportées par des soignants ne trouve souvent sa résolution définitive que par l'intégration des gestionnaires et décideurs organisationnels. Il évoque l'impact des décisions organisationnelles et politiques sur la détresse morale des soignants et l'apport distinct d'une démarche éthique dans ce contexte. Nous ne pouvons que souscrire à la nécessité de cet arrimage entre l'éthique clinique et organisationnelle et au déploiement de lieux favorisant la réflexion éthique et la prise en compte des valeurs dans les organisations du réseau de la santé et des services sociaux, encore davantage dans le contexte politique et social actuel et des récentes réformes [26]. La santé des citoyens passe nécessairement par la prévention de la détresse morale et une attention particulière à la santé de tous les soignants.

Références

1. Doucet H. [L'éthique clinique : pour une approche relationnelle dans les soins](#). Montreal: Les Presses de l'Université de Montréal, Collection « Paramètres »; 2014. 146 p.
2. Ricoeur P. Avant la loi morale : l'éthique. *Encyclopaedia Universalis. Supplément II. Les enjeux*, Éditions Encyclopaedia Universalis; 1985, p. 42-45.
3. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 1989. x, 470 p.
4. Pellegrino ED. Being Ill and Being Healed : Some Reflections on the Grounding of Medical Morality In: Kestenbaum V, editor. *The Humanity of the Ill : Phenomenological Perspectives*: University of Tennessee Press 1982. p. 157-66.
5. Zaner RM. [Voices and time: the venture of clinical ethics](#). *The Journal of medicine and philosophy*. 1993;18(1):9-31.
6. Benaroyo L. [Éthique et responsabilité en médecine](#). Genève: Éditions Médecine & Hygiène; 2006. 157 p.
7. Zittoun R. [La mort de l'autre. Une introduction à l'éthique clinique](#). Paris: Dunod; 2007. x, 326 p.
8. Pellegrino ED, Thomasma DC. *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*. New York: Oxford University Press; 1981. xvii, 341 p.
9. Drane, JF. *Becoming a Good Doctor: The Place of Virtue and Character in Medical Ethics*. Sheed & Ward, Kansas City; 1988.
10. Saint-Arnaud J. [L'éthique de la santé. Guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières](#). Montréal: Gaëtan Morin; 2008. x, 390 p.
11. Armstrong AE. [Towards a strong virtue ethics for nursing practice](#). *Nursing Philosophy : An International Journal for Healthcare Professionals*. 2006;7(3):110-24.
12. Gilligan C. *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 1982. vi, 184 p.
13. Noddings N. *Caring, a Feminine Approach to Ethics & Moral Education*. Berkeley: University of California Press; 1984. xi, 216 p.
14. Charon R. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2006. xvi, 266 p.
15. Ricœur P. *Soi-même comme un autre*. Paris: Éd. du Seuil; 1990, p. 202. 424 p.
16. Maeschalck M. *Transformations de l'éthique : de la phénoménologie radicale au pragmatisme social*. Bruxelles ; New York: P.I.E. Peter Lang; 2010. 278 p.
17. Ackerman TF. *Moral Problems, Moral Inquiry, and Consultation in Clinical Ethics*. In: Hoffmaster B and al. editors. *Clinical Ethics Theory and Practice*. Humana Press; 1989.

18. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. New York: Macmillan Publishing Co.; 1982. xvii, 187 p.
19. Siegler M. A legacy of Osler. [Teaching clinical ethics at the bedside](#). *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1978;239(10):951-6.
20. Siegler M. [Clinical ethics and clinical medicine](#). *Archives of Internal Medicine*. 1979;139(8):914-5.
21. Siegler M. [Bioethics: a critical consideration](#). *Église et Théologie*. 1982a;13(3):295-309.
22. Siegler M. [A medicine of strangers or a medicine of intimates. The two legacies of Karen Ann Quinlan](#). *Second Opinion*. 1992;17(4):64-9.
23. Fletcher JC and Brody H. *Clinical Ethics : Elements and Methodologies*. In. Reich WT, editor. *Encyclopedia of Bioethics*. Macmillan; 1995.
24. Guerrier M, Hervé C, Hirsch E et Moutel G. [Manifeste : Résister à l'idéologisation de l'éthique clinique des professionnels de la santé](#). Réseau de psychologie...Psychology web. 2004.
25. Guerrier M. [L'éthique clinique en débat](#). *Med Sci (Paris)*. 2005;21(3):330-3.
26. [Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales](#), LQ, 2016, O-7.2.