

UNE MÉTHODE D'ANALYSE ÉTHIQUE

- **Quel est le questionnement éthique ?**
- **Quels sont les critères médicaux ?**
 - Diagnostic, pronostic, thérapie ?
 - Options thérapeutiques ?
 - Avantages et inconvénients de chaque option thérapeutique ?
- **Quels sont les enjeux éthiques ?**
 - Quels principes éthiques sont en conflit ?
 - Comment aborder ces conflits éthiques (options éthiques) ?
 - Implications respectives de chaque option éthique ?
- **Quelle est la décision la mieux appropriée ?**
 - Arguments en faveur ?
 - Arguments en défaveur ?
 - Résultats de la délibération éthique.

LES QUESTIONS À ABORDER AU COURS D'UNE DÉLIBÉRATION

• Quelles sont les valeurs en jeu ? L'éthique du soin mise en question

- Quelles sont les données cliniques pertinentes ?
- Pour quelles raisons le projet médical actuel est-il mis en question ?
- Quelles sont les valeurs personnelles du patient ? **TU**
- Quelles sont les valeurs personnelles du soignant ? **JE**
- Quelles sont les normes professionnelles du soignant ?
- Quelles sont les valeurs institutionnelles de l'établissement de soins ? **IL**
- Quelles sont les valeurs sociales et culturelles au sein desquelles la pratique considérée se déroule ?
- Comment sont définies les responsabilités respectives des divers acteurs du projet médical actuel ?
- Quelle est la structure narrative actuelle de la présentation du cas ?



• Quels projets de soin pourraient être proposés ?

- Quels sont les conflits de valeurs (personnelles, professionnelles, institutionnelles) qui font obstacle à la réalisation du projet de soin actuel ?
- Quelles options de soins permettraient de surmonter voire de résoudre ces conflits en vue de l'élaboration d'un nouveau projet de soin ?
- Quel est le projet de soin proposé ?

Quel est le projet de soin retenu ? La sagesse pratique et ses limites

- Quelle est l'option qui préserve le plus de valeurs partagées au sein de l'équipe soignante en vue de l'élaboration d'un nouveau projet de soin ?
- Quelle est la structure narrative du projet de soin retenu ?
- Quelle est la justification rationnelle de ce choix ?

Benaroyo, L.
éthique imm
<https://doi.org/10.1017/9781009000000>

LES QUATRE PRINCIPES (ÉTHIQUE FONDÉE SUR DES PRINCIPES)



- paradigme dominant de l'éthique médicale occidentale
- méthode de raisonnement éthique développée pour la première fois pour l'éthique biomédicale par les philosophes américains Tom **Beauchamp** et James **Childress**.
- les devoirs éthiques sont liés à des *responsabilités prima facie à l'égard de principes éthiques irréductibles*
- influencée par une forme de moralité commune régissant le comportement public qui préconise que, lorsqu'ils abordent des dilemmes moraux, les médecins délibèrent au sujet d'un conflit entre quatre principes de base :

Principes *prima facie* tiré de: petit glossaire de bioéthique UniGE

Le philosophe anglais W.D. Ross a forgé l'expression "principes *prima facie*" (en latin: "à première vue"), pour exprimer l'idée que les principes d'éthique ne sont pas absolus. Des principes *prima facie* sont contraignants en première analyse seulement. Ce sont en somme les ingrédients initiaux d'un dilemme éthique. Lorsque plusieurs principes sont en contradiction (comme c'est le cas avec les principes d'autonomie et de bienfaisance dans la vignette), il faut alors décider lequel est prioritaire, ou essayer de les concilier dans la mesure du possible. Dans une activité essentiellement pratique et probabiliste comme la médecine, des normes éthiques absolues et inflexibles sont peu réalistes. Il faut faire une place à tout ce qui est de l'ordre du "moindre mal", du compromis; en bref il faut faire des arbitrages entre principes. En bioéthique, on considère donc généralement plus utile de raisonner en termes de principes *prima facie*, mais cela ne signifie pas l'absence pure et simple de normes et de principes ou le recours à l'éthique de situation. Déroger à un principe *prima facie* n'est permis que de manière "disciplinée". Voici par exemple les conditions proposées par Beauchamp et Childress¹ pour autoriser une entorse à un principe *prima facie*:

1. on a de meilleures raisons éthiques pour déroger au principe que pour y obéir;
2. l'objectif visé par la dérogation a de bonnes chances de se réaliser;
3. on n'a pas trouvé de scénario alternatif éthiquement préférable;
4. on s'efforce de minimiser l'entorse et ses conséquences.

Remarquons aussi que le nécessaire arbitrage entre principes ne peut se faire que dans une **situation concrète particulière**. Cela ne sert pas à grand chose d'établir abstraitement une hiérarchie a priori des principes, qui voudrait par exemple que l'autonomie passe toujours avant la bienfaisance ou vice versa. C'est seulement lorsque un problème particulier aura été analysé à la lumière des principes d'éthique et que plusieurs scénarios concrets auront été envisagés que l'on pourra identifier la solution la meilleure (ou la moins mauvaise) et être prêt à l'assumer et à la légitimer avec des arguments. On voit donc que les principes *prima facie* s'apparentent plutôt à des règles d'action approximatives (rules of thumb, dirait-on en anglais) qu'à des axiomes géométriques applicables mécaniquement.

i. Respect de **l'autonomie** : respecter les capacités de décisionnelles des personnes et leur permettre de faire des choix raisonnés et éclairés.

ii. **Bienfaisance** : considérer l'équilibre entre les bénéfices du traitement par rapport aux risques et aux coûts afin d'agir d'une manière bénéfique pour le patient.

iii. **Non-malfaisance** : éviter de causer un préjudice au patient, ou du moins un préjudice disproportionné par rapport aux bénéfices du traitement.

iv. **Justice** : répartir équitablement les bénéfices, les risques et les coûts et traiter de la même manière les patients qui se trouvent dans une situation similaire.

CAS No. 2

Un psychiatre blanc formé en milieu urbain a accepté de travailler pour le service de santé publique dans le sud-ouest des États-Unis. Il a immédiatement commencé à se familiariser avec la culture amérindienne en lisant des livres et en discutant avec des patients de leurs valeurs et de leurs croyances. Après six mois de travail bien remplis, un collègue de soins primaires a demandé au psychiatre d'évaluer M. R., un jeune Navajo qui présentait des hallucinations visuelles apparentes.

Au cours de l'évaluation psychiatrique, M. R. a expliqué que depuis six mois, son père décédé lui apparaissait dans des "visions" qui se produisaient plusieurs fois par semaine. M. R. trouvait ces expériences réconfortantes, mais il estimait qu'elles étaient suffisamment inhabituelles pour en parler à son médecin.

Le psychiatre a été ému par l'histoire du jeune homme. La formation psychiatrique du médecin lui avait appris à établir un large diagnostic différentiel, qui, dans ce cas, incluait le trouble dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques, la schizophrénie et la psychose causée par l'utilisation de substances ou une affection médicale générale. Il ne s'est pas attardé sur ces possibilités et ne les a pas mentionnées à M. R. Il a estimé que cela reviendrait à pathologiser un phénomène que ses études sur les Amérindiens l'avaient amené à considérer comme une expression culturellement cohérente de l'espoir et du lien avec les morts. Il était également conscient que dans la culture navajo, parler ouvertement de choses négatives, telles que le diagnostic possible d'une maladie mentale grave, serait probablement inapproprié d'un point de vue culturel. Pour ces deux raisons, il s'est senti à l'aise pour rassurer M. R. sur le caractère inoffensif de ses visions et le renvoyer chez lui.

Six mois plus tard, le médecin traitant a indiqué qu'il avait hospitalisé Mr. R. après que l'homme a eu une série de crises d'épilepsie. Une IRM a révélé la présence d'une tumeur du lobe pariétal du cerveau, très probablement responsable des "visions" et des crises, et qui menaçait désormais la vie de l'homme.

DISCUSSION

CAS No. 2

Un psychiatre blanc formé en milieu urbain a accepté de travailler pour le service de santé publique dans le sud-ouest des États-Unis. Il a immédiatement commencé à se familiariser avec la culture amérindienne en lisant des livres et en discutant avec des patients de leurs valeurs et de leurs croyances. Après six mois de travail bien remplis, un collègue de soins primaires a demandé au psychiatre d'évaluer M. R., un jeune Navajo qui présentait des hallucinations visuelles apparentes.

Au cours de l'évaluation psychiatrique, M. R. a expliqué que depuis six mois, son père décédé lui apparaissait dans des "visions" qui se produisaient plusieurs fois par semaine. M. R. trouvait ces expériences réconfortantes, mais il estimait qu'elles étaient suffisamment inhabituelles pour en parler à son médecin.

Le psychiatre a été ému par l'histoire du jeune homme. La formation psychiatrique du médecin lui avait appris à établir un large diagnostic différentiel, qui, dans ce cas, incluait le trouble dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques, la schizophrénie et la psychose causée par l'utilisation de substances ou une affection médicale générale. Il ne s'est pas attardé sur ces possibilités et ne les a pas mentionnées à M. R. Il a estimé que cela reviendrait à pathologiser un phénomène que ses études sur les Amérindiens l'avaient amené à considérer comme une expression culturellement cohérente de l'espoir et du lien avec les morts. Il était également conscient que dans la culture navajo, parler ouvertement de choses négatives, telles que le diagnostic possible d'une maladie mentale grave, serait probablement inapproprié d'un point de vue culturel. Pour ces deux raisons, il s'est senti à l'aise pour rassurer M. R. sur le caractère inoffensif de ses visions et le renvoyer chez lui.

Six mois plus tard, le médecin traitant a indiqué qu'il avait hospitalisé Mr. R. après que l'homme a eu une série de crises d'épilepsie. Une IRM a révélé la présence d'une tumeur du lobe pariétal du cerveau, très probablement responsable des "visions" et des crises, et qui menaçait désormais la vie de l'homme.

DISCUSSION

CAS NO. 3

M. L., un jeune homme qui avait récemment immigré de Chine en Amérique du Nord pour entamer des études supérieures, a été adressé à une psychiatre pour une pharmacothérapie et une psychothérapie individuelle. M. L. avait consulté un médecin après avoir souffert de nombreuses plaintes somatiques, notamment de douleurs dorsales, de fatigue et de constipation. Une évaluation médicale approfondie avait suggéré qu'un syndrome dépressif était très probablement à l'origine de ces plaintes. Le psychiatre a prescrit un antidépresseur et a entamé une thérapie de soutien hebdomadaire. Malgré quelques difficultés initiales de communication, une alliance thérapeutique s'est rapidement formée. Après quelques semaines de traitement, M. L. a dit au psychiatre qu'il avait demandé l'avis d'un herboriste recommandé par un autre étudiant chinois. Il a commencé à prendre un mélange de plantes dont il a donné les noms à la psychiatre. Cette dernière, qui ne connaissait pas ces plantes, a été surprise par la décision de son patient de consulter un phytothérapeute.

Après la séance, la psychiatre a commencé à se sentir mal à l'aise à l'idée d'être engagée dans une forme de "traitement fractionné" avec un herboriste inconnu dont elle ne connaissait ni les méthodes ni les compétences. Elle s'inquiétait également de la responsabilité juridique qu'elle aurait à assumer si M. L. avait un effet indésirable après avoir pris la concoction à base de plantes en même temps que les médicaments qu'elle avait prescrits.

Lors du rendez-vous suivant, la psychiatre a vivement conseillé à M. L. d'arrêter de prendre les remèdes à base de plantes. Il a semblé perplexe mais a accepté de suivre sa recommandation. Au cours des semaines suivantes, il a commencé à manquer ses rendez-vous et a même abandonné le traitement.

DISCUSSION

Une étudiante en travail social dans un centre médical tertiaire du centre-ville a été chargée de fournir une thérapie de soutien aux clients de la clinique psychiatrique. Au fil du temps, elle a remarqué que sa charge de travail était principalement composée de patients afro-américains souffrant de maladies mentales graves et persistantes. Leur santé mentale et leurs problèmes sociaux étaient importants, et l'étudiante avait souvent l'impression que ses compétences et ses connaissances n'étaient pas adaptées aux besoins de ses patients.

L'étudiante a fait part de ses inquiétudes à son superviseur, qui lui a assuré qu'elle n'avait qu'à faire de son mieux. Cependant, l'étudiante a peu à peu remarqué que les travailleurs sociaux expérimentés de son service avaient des clients majoritairement blancs et issus de la classe moyenne, alors que les stagiaires s'occupaient principalement d'Afro-Américains pauvres. Elle a discuté de cette pratique apparemment discriminatoire avec son superviseur et a été informée que cet arrangement avait évolué parce que les patients qui se rendaient au centre médical depuis la banlieue ne voulaient pas être traités par les stagiaires, alors que les patients de la zone urbaine locale ne semblaient pas s'en préoccuper. Le superviseur a estimé que c'était une coïncidence que les patients du quartier soient afro-américains et que ceux de la banlieue soient blancs.

L'étudiante en travail social n'était pas à l'aise avec le statu quo et envisageait de quitter l'institution avant la fin de sa formation. Elle pensait que si elle restait, elle serait complice d'un système contraire à l'éthique ; d'un autre côté, si elle quittait le programme de formation prématurément, elle abandonnerait ses patients. Elle a d'abord rencontré un consultant en éthique du centre médical pour obtenir des conseils. Finalement, elle a décidé de rester, mais de continuer à faire part de ses préoccupations à ses supérieurs.

DISCUSSION

CAS NO. 5

Un interne en psychologie de race blanche a été appelé aux urgences d'un hôpital pour s'entretenir avec Mme K., qui envisageait de se suicider. Pendant l'évaluation de l'interne il apprend que Mme K., une femme séduisante qui a récemment émigré du Japon, est découragée par la mort inattendue de son père. L'interne a apporté son soutien et son empathie et a recommandé que Mme K. soit admise dans l'unité psychiatrique pour observation. L'interne a continué à travailler avec Mme K. après l'admission, et une solide alliance thérapeutique a commencé à se former. L'interne avait peu de connaissances ou d'expérience de la culture japonaise, mais cela n'a pas semblé entraver le traitement.

Le jour de sa sortie de l'hôpital, Mme K. a offert à l'interne une boîte joliment emballée qui, une fois ouverte, a révélé une paire de boutons de manchette ornés de bijoux. Ils avaient appartenu à son père, dit-elle. L'interne a remercié Mme K. du fond du cœur pour le cadeau, mais a dit qu'il ne pourrait pas l'accepter. Elle l'a exhorté à plusieurs reprises à accepter le cadeau, mais il a continué à refuser. L'interne a été surpris de voir à quel point la patiente semblait blessée lorsqu'elle a finalement compris qu'il n'allait pas accepter le cadeau. Il s'est demandé s'il ne violait pas une norme culturelle. Cependant, il a estimé que ce serait une violation des limites que d'accepter le cadeau, qui avait manifestement plus qu'une valeur monétaire et personnelle nominale. En outre, l'interne prévoyait de continuer à traiter Mme K. après sa sortie de l'hôpital, et il ne voulait pas que l'acceptation du cadeau de valeur complique leur relation thérapeutique en cours.

Mme K. est restée silencieuse malgré les tentatives de l'interne de lui parler de la signification du cadeau. Elle a rangé les boutons de manchette dans ses affaires et a quitté l'hôpital. Elle ne s'est pas présentée à son rendez-vous de suivi thérapeutique et les tentatives de l'interne pour la contacter ont échoué.

DISCUSSION