

DEUXIEME PARTIE

REPERES THEORIQUES SUR L'ETHIQUE

Vouloir former un être, c'est chercher à se former soi-même, mais c'est aussi accepter de se détacher de soi, pour vivre dans l'autre, et surtout de se voir partir dans l'autre, non plus en se jugeant soi-même dans la course, mais en appréciant l'allure propre de celui qui prend son chemin.

M. Postic

2.1

REPERES PHILOSOPHIQUES

A priori, rien ne distingue les notions de « morale » et d'« éthique » ; elles sont en effet deux expressions différentes renvoyant à une même référence : l'une d'origine latine « mores » l'autre d'origine grecque « ethos ». Cicéron se propose de traduire dans les premières lignes de son *De fato* « *Parce qu'elle a trait aux mœurs, en grec éthos ; nous, pour désigner cette partie de la philosophie, nous disons couramment « philosophie des mœurs », mais c'est le cas d'enrichir notre langue et de l'appeler morale.* » Cependant si leur signification originelle est commune et très vaste : mœurs, coutumes, comportement humain en général, chacune de ces notions s'est profilée au cours de l'histoire de leur usage respectif (notamment à travers leur emploi philosophique) dans une perspective propre et s'est chargée de connotation spécifique. C'est finalement Paul Ricoeur (1989)¹ qui a formulé explicitement les divergences que sous-tendent ces deux notions et qui a arrêté « par convention » une définition particulière pour chacune d'elle. Il distingue derrière ces deux notions des héritages opposés ; d'une part l'héritage aristotélicien où l'**éthique** est caractérisée par sa perspective téléologique (du grec « telos » qui signifie fin). Elle est la visée d'une vie accomplie, heureuse, sous le signe d'actions estimées bonnes. D'autre part l'héritage kantien qui délaisse ce qui est « estimé bon » pour ce qui « s'impose comme bon », c'est à dire qui promeut une **morale** définie par son caractère d'obligation de la norme. La perspective devient dès lors déontologique.

L'éthique, de plus, serait l'état effectif des mœurs et règles d'une société donnée ou d'une personne. Cela suppose d'emblée une inscription immédiate dans la pratique ; en effet l'éthique part toujours de ce qui est déjà là, d'un donné particulier, elle est fondamentalement en situation. Mais cela ne signifie pas pour autant qu'elle est la simple répétition de ce qui est, une confortation des faits, ou une simple description de mœurs préexistantes. Elle se propose de

¹ RICOEUR, P. *Ethique et morale*. 1989.

questionner ce déjà là afin de l'améliorer, le repenser pour qu'il devienne porteur de sens et justifiable d'un point de vue éthique, estimé bon.

La morale au contraire aurait une origine moins spontanée, elle peut se construire à priori par un raisonnement formel sans qu'elle soit nécessairement précédée d'une pratique. Un système théorique peut fonder une morale sous des critères de cohérences et de rationalité, bien qu'en dernier lieu, c'est toujours vers une réalisation pratique qu'elle tend. Mais cette différence est d'emblée révélatrice quant aux différentes positions qu'elles vont développer : l'une part des faits, de ce qui est, l'autre d'un raisonnement, de ce qui doit être.

Mais pour l'une comme pour l'autre il s'agit de développer une réflexion d'ordre du devoir être, c'est-à-dire questionner ce qui doit être autrement que ce qui est. Cette nécessité humaine de ne pas se contenter d'approuver la réalité telle qu'elle est mais de chercher quelque chose de meilleur, cette aspiration idéale à ce qui n'est pas mais devrait être dans un monde meilleur ou idéal, est un questionnement qui a hanté la philosophie morale. Ce qui permet la philosophie morale (au sens large), c'est la liberté de l'homme qui fait qu'il n'est pas inscrit et déterminé complètement par ce qui est, mais s'en arrache, prend du recul pour imaginer d'autres possibilités, et adopter celle qu'il estime devoir prévaloir. Interroger l'origine de la morale (pourquoi cette aspiration à un meilleur ?), se poser la question de sa genèse, c'est remettre en cause la morale elle-même car c'est se mettre en posture de ne jamais pouvoir y répondre. C'est ce à quoi s'intéresse Nietzsche², dans la *Généalogie de la morale*, où il rend suspectes nos intentions morales.

Pourtant donner du sens à notre agir et lui faire correspondre une valeur morale, le juger bon ou mauvais, est essentiel à notre existence, pour des raisons d'utilité communautaire (tout ne peut pas être permis vis-à-vis d'autrui si on veut qu'une cohabitation soit possible) ou existentielle (quel sens donner à travers mon agir à ma vie ?)

C'est d'abord par cette quête existentielle qu'a débuté notre réflexion éthique.

Nous allons partir de l'histoire de la philosophie morale en présentant dans un premier temps l'éthique telle que la concevaient les anciens puis, dans un second

² NIETZSCHE. *Généalogie de la morale*. Paris : Ed. PUF, 1985.

moment, l'évocation de la morale des modernes nous amènera à questionner la possibilité d'une éthique repensée à partir de ces deux héritages, dans notre contexte contemporain.

2.1.1 L'ETHIQUE DES ANCIENS

La question centrale que se posaient les anciens était : qu'est-ce qu'une vie heureuse ? comment atteindre le bonheur ? A cette quête eudémoniste (recherche du bonheur) correspondait une conception téléologique de la morale, c'est-à-dire que la morale était fondée, justifiée par une fin qui lui était externe : l'atteinte du souverain bien (le bonheur).

Que dois-je faire pour être heureux ? L'éthique se fonde selon P. Ricoeur sur le dynamisme du « désir d'être », elle est une réflexion sur la manière de vivre et d'agir qui soit la meilleure du point de vue de notre existence : elle est l'ensemble réfléchi de nos désirs.

Mais dès lors où réside la dimension éthique ?

- Il faut donc penser un bien commun à tous, résout Platon, si on ne veut pas que cela dégénère en conflit : selon lui le souverain bien était identifiable au politique, puisque c'est cela qui sert le bien de tous les hommes. En effet c'est par les lois politiques (interdisant et punissant le crime par exemple) que chacun va se trouver protégé des agressions des autres hommes et va pouvoir développer une existence heureuse sans nuire au projet similaire de ses semblables (car les lois valent pour lui comme pour tout homme de sa république)

Cependant le projet platonicien de fonder une république idéale s'est trouvé déçu par les événements qui ont eu lieu lors du III^{ème} siècle av. J.C en Grèce. C'est en effet une période de troubles et d'instabilités sociales et politiques. Dans ce contexte l'épicurisme et le stoïcisme vont se développer indépendamment des utopies platoniciennes et vont fonder une nouvelle morale plus centrée sur l'individu que sur le groupe communautaire. De plus dans cette ancienne conception quelle était la place laissée à la morale ? Elle n'avait pas à proprement parler de statut autonome vis-à-vis du politique. Or la politique ne donnait que la condition d'une vie heureuse, la possibilité formelle et non un réel contenu éthique.

- Les **épicuriens** de leur côté identifiaient le souverain bien au plaisir, en effet affirmaient-ils « *le plaisir est le commencement et la fin d'une vie heureuse* ». Mais l'hédonisme qui est une philosophie du plaisir, contrairement à l'idée reçue qui le réduit à une poursuite aveugle du plaisir sous toutes ses formes, se propose de réfléchir par quels plaisirs nous pouvons atteindre le bonheur. Au début de notre vie, nous sommes naturellement attirés par ce qui nous procure du plaisir et repoussés par ce qui est douloureux. Mais de cette recherche instinctive des plaisirs, une réflexion va ensuite s'élaborer afin d'opérer un tri entre les plaisirs « stables » qu'il sera bon de poursuivre, et ceux « inutiles ou instables » apportant plus de trouble que de repos à notre âme et qu'il faudra repousser.

D'autre part, selon cette école, tout ce qui nous détourne du bonheur est futile. L'éthique est dite téléologique, car elle a pour fin le bonheur et est pour ainsi dire la méthode qui nous permet d'atteindre cet état suprême de béatitude dans lequel l'âme est exempte de trouble. Ainsi toute leur éthique s'articule dans la compréhension et la mise en œuvre du principe d'ataraxie (absence de trouble, en grec), que chacun met en pratique dans le but de sa propre tranquillité, de son propre bonheur.

La réflexion commence sur la nature des désirs desquels Épicure donne une classification précise : il prescrit les « désirs naturels et nécessaires », qui sont à satisfaire car essentiels à notre santé physique et psychique, comme par exemple manger (pour vivre), mais il condamne les « désirs vains », désirs qui ne sont ni naturels ni nécessaires comme c'est le cas des orgies où l'on ne vit plus que pour manger, et qui ne peuvent mener qu'à une perpétuelle insatisfaction, à des déceptions toujours nouvelles.

Cependant toute l'éthique épicurienne, n'est orientée que par rapport à soi. Elle répond à la question « comment dois-je agir et penser pour réaliser mon bonheur ? » ; c'est par une sorte de mise en autarcie, de cloisonnement sur soi qu'on va se protéger des menaces extérieures qu'on ne maîtrise pas, qui ne sont pas dépendante de ma volonté, comme notamment autrui. L'autre n'est donc pensé que comme une menace potentielle de laquelle il faut se protéger. Mon rapport à autrui dans cette conception, n'est jamais pensé positivement : la

question de lui faire du bien ou de lui faire du mal ne se pose pas. Mon rapport à l'autre est l'indifférence. Cependant il faut noter que l'épicurisme introduit une restriction ; l'amitié est en effet considérée par le sage épicurien comme le trésor le plus précieux, « un bien éternel ». Mais cette altérité n'est pensée que dans le domaine privé.

Il est donc nécessaire de repenser l'éthique dans sa dimension essentielle : dans l'altérité complète, c'est à dire dans un rapport avec tout autre, y compris avec ceux qui n'appartiennent pas au groupe limité de mes amis.

- Les **stoïciens**, principaux interlocuteurs des épicuriens, développaient de leur côté une éthique également téléologique, c'est-à-dire qui ne va pas sans une rencontre finale avec le bonheur, mais ils se différencient des épicuriens car leur éthique se fonde dans un rapport essentiel à l'autre.

En effet « *L'unique devoir de l'homme est d'être utile aux hommes* » Sénèque³, ainsi le souverain bien est identifié à la vertu car ce n'est qu'en étant vertueux que l'on pourra être heureux. L'idée de **vertu**, qui était inexistante chez les épicuriens, apparaît. C'est par la pratique des vertus que l'homme s'accomplit en tant qu'homme, qu'il agit selon sa nature propre. De cette sorte, le principe central de l'école stoïcienne, que Zénon de Cittium (son fondateur) formule ainsi : « *Il faut agir conformément à la nature* », n'est pas un principe hétéronomique (extérieur à l'homme) mais autonome puisqu'en agissant conformément à la nature, on ne fait qu'agir selon sa nature. L'homme est compris comme partageant une nature commune avec la nature, il y est inscrit et appartient au même ordre que l'ordre universel. Il faut noter que c'est parce que l'homme a sa place définie dans le monde, qu'il vit dans une certaine sympathie avec celui-ci, que les anciens (et notamment les stoïciens) ont pu développer une éthique fondée et légitimée par la nature.

Cependant la raison, qui est la nature propre de l'homme, échappe aux déterminismes naturels en ce qu'elle a le pouvoir d'être dans le vrai comme celui de se tromper, de décider de bonnes actions comme de mauvaises actions. Ainsi il

³ SENEQUE, De otio, III.-IV

faudra la développer afin que le devoir de suivre sa nature ait du sens : il faut suivre la vertu qui est le fruit d'une raison de laquelle on a fait bon usage. Il faut donc l'éduquer, et par la connaissance du vrai (notamment la connaissance de la physique), l'homme agira de façon droite.

Cette morale dite intellectualiste, déjà présente chez Socrate qui disait « *Nul n'est méchant volontairement* », considère que les erreurs théoriques (faute de raisonnement, lacune de connaissances) engendrent des erreurs morales. Les méchants seraient donc des ignorants ; il ne faut donc pas leur rendre l'agressivité qu'il nous témoignent « œil pour œil, dent pour dent », selon la loi du Talion mais au contraire leur enseigner la droite conduite, ce qu'est le bien.

D'autre part les stoïciens sont les pères de l'**humanisme** en ce qu'ils accordent la même dignité à tous les hommes, proclament l'égalité des hommes devant la loi d'une même république, et même au-delà des frontières d'une république. Tous les hommes sont égaux, car ils ont tous une raison (en cela les stoïciens sont les précurseurs des Droits de l'Homme) ; il faut donc les aider à développer au maximum leur raison afin qu'ils en fassent bon usage. Le savoir est démocratique, leur philosophie s'adresse à tous.

- L'éthique d'**Aristote** s'inscrit dans la conception aristocratique de la morale grecque en général. « *Elle ne pouvait convenir à une multitude comme celle que l'égalité et l'instruction croissantes appelaient à la vie morale dans l'empire romain⁴* ». dans lequel le stoïcisme a dominé . En effet Aristote ne s'adresse qu'à des hommes libres, cultivés et réfléchis, ayant fait de la pratique des vertus, une habitude consciente, à tous ceux qui sont doués de raison active.

Cependant si nous faisons ce retour chronologique vers Aristote (384-322) et revenons à une éthique quelque peu élitiste, c'est que le contenu de sa doctrine enrichi et dépasse une éthique formelle telle que l'élaboreront les stoïciens après lui. En effet il faut vivre vertueusement énoncent de toute éternité les stoïciens, oui mais comment ? Qu'est-ce qu'être vertueux ? Il faut pouvoir y répondre car, en connaissant la nature de ce bien suprême nous pourrons (pour reprendre l'image d'Aristote) tels des archers identifier la cible et « *découvrir ce qu'il*

⁴ BOUTROUX, L. *Questions de morale et d'éducation*. Paris : Ed. Grande Encyclopédie.

convient de faire». C'est là que nous intéresse Aristote quant au rapport direct qu'il établit avec la pratique concrète .

Etre vertueux c'est réaliser la fin inscrite dans l'homme c'est-à-dire son essence . Selon Aristote, le bien de l'homme réside dans son activité purement humaine, dans ce qui le différencie des autres animaux. Or cette essence est double ; l'homme est à la fois « *un animal raisonnable* » et « *un animal politique* » Cela met en parallèle une vie contemplative (connaissance par la raison théorique) et une vie politico-morale (menée par la raison pratique). Contrairement à la raison théorique qui porte sur des objets immuables et nécessaires, la raison pratique porte sur des objets d'expérience qui sont changeants et contingents. En effet une situation ne se reproduit jamais deux fois identique, il faut donc développer une **sagesse pratique** qui nous permet d'aborder la diversité des situations, qui nous apprennent à réagir adéquatement selon le contexte.

Cette sagesse pratique est la **prudence** (« phronèsis » en grec) qui nous enseigne comment évaluer ce qui est bien ou mal dans une situation donnée. Elle permet par la considération de chaque cas, de créer le comportement adéquat, d'ajuster au mieux notre action dans un contexte jusque-là inconnu. La prudence est une des quatre vertus cardinales, (avec la justice, la tempérance et le courage) ; la vertu étant définie par Aristote comme une habitude qui, pour être complète, doit être volontaire, c'est-à-dire un choix de raison résultant d'une délibération. La prudence nous permet de choisir entre les possibles, de déterminer la fin bonne et les moyens à mettre en œuvre afin d'atteindre le but fixé.

Cette vertu prône la capacité à contextualiser un raisonnement, elle sait repérer l'opportunité, le moment propice dit encore « kairos » en grec, pour agir. Savoir quand agir, tenir compte des circonstances pour mener une action c'est se donner la chance ou les moyens que la fin visée par l'action soit atteinte.

La justice est la vertu supérieure, « *la plus importante et la plus admirable* » Aristote,⁵ car au-delà des vertus personnelles (tempérance, courage) elle est celle qui nous engage dans nos relations à autrui. « *La justice est une vertu complète, non en soi, mais par rapport à autrui.* » Tout le livre V d'*Éthique à Nicomaque* lui est consacré et elle est envisagée sous l'angle de la mesure équitable : il est juste

⁵ ARISTOTE *Éthique de Nicomaque*, Livre V, 1. Paris : Ed. Flammarion, 1992.

de donner à chacun ce qui lui revient. En effet pour l'attribution des biens, le juste prend la forme d'une égalité de proportion. C'est-à-dire que les échanges de A et B doivent être proportionnellement égaux à ceux de C et D « *la proportion est l'égalité entre les termes* » et ajoute-t-il dans le livre V,4 « *la proportion est un milieu et le juste consiste dans cette proportion* ».

Comme toutes les autres vertus, elle est par excellence la juste moyenne, le milieu entre deux extrêmes. Là encore Aristote donne un contenu concret à la question du comment agir ; il ne pose pas à la manière des stoïciens le vice et la vertu comme des absolus, mais considère que la vertu est le point d'excellence entre l'excès et le défaut. Par exemple le courage est le juste milieu entre la lâcheté et la témérité. Ainsi ce milieu n'est pas un milieu de médiocrité (répondant à faire le moins pire) mais un milieu d'excellence imposant de la mesure et de la circonspection dans toutes nos actions.

Le bonheur n'est pas confondu avec la vertu mais il est cependant ce qui est procuré par l'activité conforme à la vertu. En effet toute action vertueuse s'accompagne de plaisir : « *nul n'est bon s'il n'éprouve de la joie dans les belles actions* » Livre I,8. L'action ne doit pas se faire à contrecœur, elle doit être pleinement voulue, mieux, elle doit être désirée.

L'éthique aristotélicienne est toujours en acte, la vertu ne se réduit pas à une belle action tout comme le bonheur ne se résume pas à un instant de plaisir : c'est tout au long de sa vie que se continue la formation pour être vertueux.

Il faut noter qu'Aristote introduit une restriction dans l'identité vertu = bonheur. Il existe des méchants qui sont heureux et des bons qui sont malheureux, car un facteur intervient qui ne relève pas de notre volonté et qui est aléatoire : ce qu'Aristote nomme la fortune, équivalent à la chance ou au hasard. Mais cela ne déstabilise pas l'ensemble, car ces situations ne sont que des exceptions.

2.1.2 LA MORALE DES MODERNES

Le divorce entre le bonheur et la vertu va être définitivement prononcé avec **Kant** qui refusera toute morale téléologique (éthique), assujettie à un principe qui lui est externe (le bonheur), mais proposera une morale comme une fin en soi. Il n'y a dès lors plus de justification externe aux actions morales : on n'agit pas

morale pour être heureux ou pour en tirer quelques plaisirs, mais par obligation, par la nécessité même qu'impose le **devoir moral**.

L'objectif de Kant est exposé clairement dans sa préface de sa Métaphysique des Mœurs : « comme mon projet porte ici proprement sur la philosophie morale, je limite la question posée à cette seule interrogation : ne pense-t-on pas qu'il soit de la plus extrême nécessité de mettre une bonne fois en œuvre une philosophie morale, qui soit complètement débarrassée de tout ce qui ne peut être qu'empirique et appartient à l'anthropologie ? »

Est empirique « toute philosophie s'appuyant sur l'expérience, et pure, à l'opposé toute philosophie qui expose ses doctrines exclusivement à partir de principes à priori uniquement tirés des concepts de la raison pure ». D'où l'idée d'une Métaphysique des Mœurs : c'est par la raison pure (concept à priori) que va être conduite la raison pratique (in concreto dans la vie).

La question fondamentale ne va plus être « comment vivre ? » mais désormais « que dois-je faire ? ». C'est le devoir moral qui va présider les actions et qui va avant tout se dévoiler dans **l'intention**. En effet une action n'est bonne que si l'intention, c'est-à-dire de la volonté qui l'a précédée, est elle-même bonne. Ainsi ce n'est pas en fonction du résultat ou des conséquences que l'on va juger de la moralité de l'action mais seulement d'après la nature de la volonté : la **volonté bonne** est le seul critère qui vaille. Par exemple un passant qui s'empresse de porter de l'aide à une personne qui est en train de se noyer n'a pas agi moralement s'il l'a fait sous la menace juridique de non assistance à personne en danger ou encore si ce qui a motivé son acte était l'espoir d'une récompense ou d'une gloire. De même son action ne peut être qualifiée pleinement de morale si c'est parce qu'il connaît cette personne (entretenant avec celle-ci un lien affectif) qu'il s'est jeté à l'eau. L'action ne peut être dite morale que si on en a ressenti la nécessité, qu'elle s'est imposée d'elle-même sans autre considération d'intérêt ou de sentiment personnel, qu'elle était sa propre fin et avait valeur d'obligation en tant que telle. **L'impératif catégorique** correspond au devoir absolu, au « tu dois » que la loi morale commande en moi, dicte à ma raison et à laquelle selon Kant, personne ne peut-être sourd, (j'entends inévitablement cette loi morale en moi), et non à un impératif hypothétique « si tu fais ça alors tu auras... ». Et peu

importe que le sauvetage ait réussi ou échoué car l'intention seule compte du point de vue moral.

Or, seule la raison peut dicter ma conduite, car elle a une constance désintéressée qui lui assure l'universalité et l'objectivité alors que l'affection se révèle pour le moins inconstante et partielle.

« Ainsi faut-il comprendre également, sans nul doute, les passages des Ecritures dans lesquels il est ordonné d'aimer son prochain, y compris lorsqu'il s'agit d'un ennemi. Car l'amour, en tant qu'inclination, ne peut se commander, alors que faire le bien par devoir, tandis qu'absolument aucune inclination n'y pousse et qu'une aversion naturelle et irrépressible vient même s'y opposer, cela correspond à un amour pratique et non pathologique (déterminé par la sensibilité) qui est inscrit dans la volonté et non pas sur la pente de notre être sensible, dans des principes de l'action et non pas dans une sympathie qui nous fait fondre : or, seul cet amour peut être commandé », selon Kant.⁶

Ainsi il y a un anti-naturalisme ; la morale s'inscrit contre nos inclinations, nos passions naturelles (qui inclut aussi la pitié, la sympathie, le désir de ne pas souffrir et le désir de ne pas voir souffrir l'autre). Cet arrachement à ma nature sensible (ce qui est) pour ce qui doit être est rendu possible par la liberté qu'à ma volonté de s'opposer aux contraintes du monde des objets. Il y a autodétermination de ma volonté, elle se donne à elle-même ses propres lois. Kant parle d'**autonomie de la volonté**, car la volonté soumise à la loi morale est une volonté libre qui ne fait qu'obéir à elle-même. L'homme n'est pas que soumis au monde (des objets) déterminé de la nature ni aux lois divines : il est un être libre qui substitue sa propre législation à toute autre causalité.

Mes inclinations me portent à aimer mes amis, ma famille, mes proches, mais ma raison me dicte d'agir de la même façon avec tout homme, car je respecte en tous leur qualité d'homme (ce sont tous des êtres de raison), en chacun je reconnais la même dignité. *« Agit de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin et jamais seulement comme un moyen »,* affirme Kant.⁷

⁶ KANT, E. *Métaphysique des mœurs*. 1^{ère} section de la fondation. Paris : Ed. Flammarion, 1994.

⁷ KANT, E. *La métaphysique des mœurs*. Paris : Ed. Flammarion, 1994.

Comment comprendre cette injonction des Ecritures qui met une valeur d'obligation à ce qui par définition ne peut en recevoir : l'amour. « Tu aimeras ton prochain comme toi même ». Eriger l'amour de l'autre en obligation c'est le désincarner en tant que sentiment afin d'en retenir ce qu'il y a en lui d'universalisable : le respect qui est le sentiment moral, un sentiment de la raison envers la loi morale qui ne va pas sans un certain formalisme, mais il est comme le seuil minimal, définissant notre relation à autrui. Il prend plus la forme négative du « ne pas nuire » que l'apport positif « faire le bien » mais c'est la base obligatoire sur laquelle peuvent se greffer d'autres sentiments non obligatoires (sympathie, pitié). En ce sens la déclaration des Droits de l'Homme relève du kantisme car elle ne donne pas un contenu à mes relations envers autrui mais se limite à légiférer du point de vue formel, par exemple article 4 « la liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui »

C'est par sa raison que l'homme va pouvoir juger de la moralité de sa maxime (son intention, le principe de l'action). On peut déduire ces maximes à partir d'un raisonnement fondé sur l'universalisation « puis-je vouloir que la maxime de mon action devienne une loi universelle ? » Il n'y a dès lors qu'un seul impératif catégorique duquel tout se déduit « agit uniquement d'après la maxime qui fait que tu peux vouloir en même temps qu'elle devienne une loi universelle. »

Nous avons une idée intuitive de cet impératif catégorique formel lorsque nous disons à un enfant (que nous voulons conduire à une prise de conscience morale au-delà du reproche sur tel ou tel comportement précis) : « Que se passerait-il si tout le monde faisait comme toi ? ». Mais attention cette formule n'équivaut pas tout à fait à l'impératif kantien car elle est conséquentialiste (cherche à évaluer les conséquences engendrées si tout le monde faisait la même action) or les conséquences ne sont pas prises en compte chez Kant.

Par l'universalisation de ma maxime, j'agis de telle façon que j'exemplifie la nature raisonnable dans mon acte. Je dois pouvoir souhaiter que chacun en fasse autant, je porte entièrement la responsabilité, j'engage avec moi l'humanité toute entière.

2.1.3 Les valeurs

Le terme de valeur peut être d'abord défini d'une manière générale comme ce qui vaut à nos yeux, ce à quoi on attache de l'importance, qui nous semble précieux. En effet, c'est ce à quoi nous sommes si intimement attachés (car il y a bien là un lien affectif, une adhésion non pas qu'intellectuelle mais qui relève aussi de notre sensibilité) qu'il nous est difficile de ne pas s'y identifier. Nos valeurs nous constituent, définissent, ce que nous sommes, concrétisent tout ce en quoi nous croyons. Ces croyances sont sous-jacentes dans tous nos actes et nos pensées. Elles sont la référence ultime à laquelle nous avons recours pour justifier nos actes. Mais il est vain de tenter de démonter ces valeurs, elles sont le socle principal au-delà duquel on ne peut remonter. Elles nous fondent, et en ce sens les valeurs sont le postulat qui justifie tout le reste de notre agir, mais elles n'ont pas de justification autre qu'elles-mêmes. Bien sûr nous essayons de justifier ces valeurs pour autant qu'elles soient conscientes, mais nous ne pouvons le faire que relativement à d'autres valeurs (supérieures).

Quand ces valeurs propres ne sont pas respectées (sans s'intéresser ici à savoir si elles sont bonnes ou mauvaises, sans chercher à les juger), le sujet est pris en étau, il est tourmenté par son remord. On parle de cas de conscience ; il a agi en contradiction avec lui-même et cela crée un mal être, une perte d'estime de soi.

D'ailleurs on qualifie d'« intègre » une personne qui agit en accord avec elle-même, qui se révèle fidèle à ses valeurs et ses principes. Mais on dit aussi « intégriste » celui qui n'admet pas d'autres principes que les siens. Cependant il faut noter, et cela présente un véritable intérêt quant à l'analyse des comportements humains, qu'il y a une certaine forme *d'intégrisme* inhérente à la notion même de valeur en ce qu'elle engage d'affectif, de croyance profonde, et de convictions qui prétendent à l'universalité. Par exemple, lorsque l'on s'indigne contre l'esclavagisme (les enfants qui travaillent, les femmes maltraitées) pratiqués dans certains pays, cela nous semble une aberration et d'une injustice incontestable et indiscutable. Ces valeurs que nous défendons, (formulées par la déclaration des droits de l'homme) sont la liberté, la légalité, la fraternité. D'autres prétendent que ce sont des valeurs pro-occidentales que nous voulons leur imposer comme une nouvelle forme de colonisation. Cet exemple extrême

souligne bien la difficulté de s'extraire de ses convictions, d'origine aussi culturelle, d'entrer en dialogue lorsqu'on ressent la nécessité d'aucun compromis. La communication est rendue extrêmement difficile voir impossible lorsque les valeurs fondamentales sont directement opposées. Nos valeurs s'imposent avec une telle force à nous-même que nous leur prêtons une valeur d'universalité : Tout homme devrait partager les mêmes valeurs (la liberté par exemple) C'est là la fragile limite entre les valeurs et l'intégrisme tranché qui peut facilement en découler. Au nom de valeurs religieuses notamment, et cela n'est que trop bien connu.

Les valeurs sont plus ou moins fortes, chaque individu les hiérarchise selon une organisation propre. Cette échelle de valeurs, hiérarchisée différemment en fonction de l'histoire de vie de chacun, va être la base de tous nos comportements. Seul un petit nombre de valeurs seront privilégiées par rapport à d'autres, jugées consciemment ou inconsciemment moins essentielles, et auront ainsi un pouvoir de motiver et d'orienter la personne notamment pour ce qui nous intéresse dans son agir professionnel. Se pose la question de la variabilité des valeurs, selon les époques et les sociétés (on l'a vu quant aux droits de l'homme à propos des valeurs culturelles) mais aussi entre les individus d'une même communauté culturelle lorsque s'opposent des valeurs personnelles (l'IVG). Selon son jugement personnel, un individu est plus ou moins en accord avec celui de la société de l'époque. Cela mène à poser la question des minorités culturelles ou sexuelles par rapport au groupe majoritaire, quant à la reconnaissance des valeurs de chacun. Et la variabilité a lieu également au sein d'un même individu car on peut définir la valeur comme ce qu'un individu croit être vrai et donc donne sens à son existence à un moment de sa vie. Les valeurs se modifient et évoluent à partir des expériences personnelles et professionnelles. L'individu qui est amené à procéder à un examen et à une révision de ses valeurs et celui qui réfléchit, accepte de se remettre en cause, ce qui est plus courageux et douloureux que de se conformer docilement aux dogmes, sans jamais se remettre en question.

Mais si les valeurs personnelles sont intimement liées à chaque individu, les valeurs ne tombent pas cependant dans un complet relativisme en ce que ces valeurs (au moins culturelles) sont transmises par la famille et l'éducation. Ce

qui peut apparaître le plus subjectif (les questions de goût ; le beau étant conçu comme une valeur au même titre que le bon ou que le vrai) a été conditionné par une société. Certaines valeurs communes regroupent une communauté d'hommes notamment par le patrimoine culturel (linguistique, religieux...). Selon Julia Didier⁸ (1997) la valeur est doublement composée :

- d'un élément dynamique, sous la forme d'un désir ou d'une sensibilité du côté du sujet.
- d'un aspect objectif ou statique, traditionnel ou universellement humain de la valeur (culture)

L'individu est toujours jeté dans une situation avec un regard qui ne peut jamais être impartial, un regard qui ne peut se porter objectivement ni se prétendre neutre. C'est toujours le regard de quelqu'un modelé de tout son système de valeurs. Pourtant il y a des données que l'on peut qualifier d'objectives dans la composition des valeurs. Par exemple, la société va prêter de la valeur à certaines tâches et en dévaluer d'autres ; Cela va influencer profondément la perception qu'à l'infirmière de sa tâche.

Nous rejoignons Astrid Norberg (1994)⁹ qui pense qu'il y a une inter-relation entre la perception que le soignant a du bénéficiaire de soin, (personne âgée qui crie à chaque fois qu'on la touche), la propre perception qu'il a de lui-même en tant que soignant et la perception du soin qu'il exécute. Ce qui signifie qu'une infirmière qui considère son patient comme une personne « sans valeur », ne trouve pas de sens ni de valeur à s'occuper de lui et à exécuter des actes insignifiants, et se sent par conséquent elle-même dévalorisée.

On peut alors remarquer, que si on arrive à changer de perception envers le bénéficiaire de soin, en la rendant plus positive et valorisante, on intervient en même temps sur le sens du soin et la perception que l'on a de soi-même.

Selon Veatch & Fry (1987)¹⁰ afin de décider de ce qui est éthiquement correct de faire en matière de soins infirmiers, « *il convient en fait d'examiner les faits et données concernant le patient dans le cadre ou dans le contexte d'un certain nombre de valeurs* » Le comportement éthique va dès lors mieux se cerner si

⁸ DIDIER, J. *Dictionnaire de la philosophie*. Larousse, 1997.

⁹ NORBERG, A. Conférence 11^{ème} journées de la recherche de l'ASI, 1994.

¹⁰ VEATCH & FRY. *Case studies in nursing ethics*. Philadelphia, PA : J.B. Lippincott, 1987.

l'ensemble des valeurs qui entrent en jeu lors d'un conflit ou même d'une situation banale (comme les soins quotidiens) vont être identifiées.

A partir de ces lectures nous nous sommes demandés, si pour accéder à un comportement éthique la « conscientisation » des valeurs était nécessaire : réfléchir sur soi, parvenir à nommer les valeurs profondes qui sont en jeu, pourrait être alors le fondement nécessaire du positionnement et de l'argumentation éthique.

1. Les valeurs personnelles

Ce sont celles qui sont les plus ancrées en nous, les plus profondes car nous en avons été imprégnées depuis l'enfance par le biais de l'éducation familiale et religieuse. Ces valeurs forment nos convictions et influencent très fortement notre vision du monde, c'est-à-dire notre interprétation d'une situation (les éléments que l'on va retenir lors de l'analyse d'un cas complexe) ainsi que la manière dont les expériences sont vécues. Le système de valeurs personnelles est propre à chacun, elles sont dites idiosyncrasiques, relatives à la singularité de chacun, aussi ne peut-on jamais partir du principe que le système de valeurs personnelles d'une autre personne est semblable au sien. Burnard & Chapman(1988)¹¹. Ces valeurs personnelles sont organisées hiérarchiquement selon l'importance que chacun leur accorde : l'individu va donc faire primer certaines qu'il jugera supérieur à d'autres et ce système de préférence inclinera les décisions professionnelles. Ces valeurs sont importantes pour l'infirmière, car elles vont intervenir dans le jugement de la décision éthique, qui va précéder l'agir professionnel.

Nous verrons comment l'identification des valeurs personnelles peut être un élément important pour prendre des décisions éthiques et que d'autre part ces valeurs vont à leur tour « contaminer » les valeurs professionnelles ou les discréditer.

Certaines de ces valeurs en effet pourraient ne pas être compatibles avec la profession d'infirmière¹². Il peut aussi y avoir conflit entre l'échelle donnée par les valeurs personnelles et ce que recommande la profession.

¹¹ BURNARD, P, CHAPMAN, C.M. *Professional and ethical issues in nursing*. New York : John Wiley & Sons, 1988.

¹² C'est ce que l'entretien d'admission à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers devrait pouvoir entre autre diagnostiquer.

2. Les valeurs culturelles

Bien que nous en sommes imprégnés depuis l'enfance, tout comme les valeurs personnelles, on peut les en distinguer artificiellement en ce qu'elles sont des valeurs communes à un groupe, à une communauté. Le système hiérarchisé de d'organisation de ces valeurs n'est donc pas idiosyncrasique (c'est-à-dire différent chez chaque individu), mais on peut les retrouver à une plus large échelle : celle de la communauté culturelle (linguistique, politique, religieuse, historique...). Ces valeurs sont donc propres à notre culture d'appartenance et influence fréquemment nos convictions ou croyances concernant la santé et la maladie, les moyens de santé mis en œuvre ainsi que notre conception de la mort.

Sur ce point, il y a de grandes différences d'une culture à l'autre. Par exemple la culture occidentale attache une importance particulière au choix individuel, et cela est issu d'une tradition historique, notamment modelé par la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen. Au contraire, la tradition du confucianisme puissante en Asie a eu tendance à effacer l'individu au profit de l'intérêt commun du groupe. D'autre part, la culture asiatique accorde plus de valeur que dans d'autres régions aux personnes âgées, la Chine attache une grande valeur au maintien de la santé et à la prévention de la maladie.

Ce qui engendra aussi comme implication dans les soins des postures de soignants différentes en fonction de leur culture respective. Par exemple, les soignants suédois choisissent le plus souvent de ne pas alimenter un patient démentifiés en respectant son désir de ne pas être alimenté par une sonde gastrique, le principe de « faire le bien » étant à leurs yeux le plus important, alors qu'en Israël les soignants sont plus enclins à alimenter les patients démentifiés qui refusent la nourriture, se référant à leur philosophie de vie, le judaïsme qui place le caractère sacré de la vie en tête des principes éthiques. Jansson & Norberg, (1992).¹³

Par conséquent cette culture d'appartenance va renforcer et influencer les valeurs personnelles.

L'infirmière est confrontée dans le monde hospitalier à de nombreuses cultures différentes qui vont l'obliger à comprendre les valeurs sous-jacentes de ces

¹³ JANSSON, L. NORBERG A. Ethical reasoning among registered nurses experienced in dementia care. Interviews concerning the feeding of severely demented patients. *Scandinavian journal of Caring Sciences*, 6, 1997.

différentes cultures qui pourraient influencer les interventions en soins infirmiers que l'on souhaite réaliser.

Selon Burnard & Chapman(1988) « *Ces valeurs sont profondément ancrées dans le passé et l'expérience d'un individu et elles ne peuvent pas être remises en question sans mettre en cause l'idée que l'intéressé se fait de lui-même et son approche générale de la vie* ».

Par exemple depuis des décennies, nous avons *intériorisé le précepte que la santé n'a pas de prix*. Mais cette représentation de la santé, nous avons occulté d'autres aspects plus concrets qui sont directement impliqués par cette valeur : celui des coûts réels de la santé et de l'éducation de la santé notamment. Le curatif devenu une valeur culturelle s'est imposé à toute notre société tendant à masquer les problèmes de financement et de politique de la santé.

3. Les valeurs professionnelles

Selon le CII (1994) « *Les valeurs professionnelles sont les qualités générales estimées comme telles par une profession. Pour les soins infirmiers, ce sont celles que font prévaloir les codes de déontologie professionnelle et la pratique même des soins* » Les valeurs professionnelles des soins infirmiers sont énoncées dans des textes officiels suivants :

- les Droits de l'Homme
- le Code de déontologie
- le Code de l'infirmière du CII
- les règles professionnelles
- la Charte du patient hospitalisé

Il faut noter que certaines valeurs professionnelles infirmières traditionnelles ne sont pas d'ordre moral comme : le sens de l'organisation, la propreté, la rapidité, l'efficacité, alors que d'autres le sont : le devoir, la compassion, la discrétion.

Chaque IFSI, dans son projet pédagogique, définit la philosophie des soins et les valeurs sur lesquelles la formation va se construire.

Dans le cadre du Projet d'établissement des Hôpitaux de France, chaque Service Infirmier énonce dans le Projet des Soins Infirmiers les valeurs professionnelles.

Les services de soins à leur tour et plus particulièrement ceux des soins palliatifs clarifient leurs valeurs et leur mission dans le cadre du projet de service.

Pourtant, malgré la production de ces nombreux documents, les infirmières semblent relativement peu averties des valeurs véhiculées par la profession et mal informées des missions de soin de l'établissement de santé dans lequel elles travaillent. Mais, outre les textes officiels formulés déontologiquement par les établissements, nous pouvons considérer tout simplement que la valeur professionnelle est ce qui est considéré comme important pour l'infirmière, c'est-à-dire tout ce qu'il est possible de mettre sous le terme *individuellement désirable* et au regard de ce qui est *socialement préférable*. Besanceney, (1996).

Les conflits de valeurs

Il va de soi, dès lors, étant donné les diverses sources des valeurs (personnelles, culturelles et professionnelles), que celles-ci peuvent entrer en conflit les unes avec les autres et que les infirmières sont amenées à vivre des conflits de valeurs notamment, les valeurs personnelles qui sont adoptées par l'infirmière peuvent s'opposer aux valeurs culturelles dominantes (on parle de marginalité ou de minorité culturelle) qui peuvent être en conflit avec les valeurs de la culture professionnelle et plus particulièrement avec les règles professionnelles imposées à la profession et aux codes et chartes auxquels il faut se soumettre. Dans ce cas, les occasions conflictuelles dans les soins sont fréquentes, voire quotidiennes. Par exemple, la valeur de l'infirmière qui consiste à agir dans l'intérêt du bénéficiaire de soin, peut entrer en conflit avec le respect du choix de la personne. La valeur de l'infirmière de soulager la souffrance (qui l'oblige à augmenter les doses médicamenteuses et risquer un arrêt respiratoire par exemple) peut entrer en conflit avec celui de respecter la vie. La valeur de l'infirmière qui est de développer ou de maintenir au maximum l'autonomie d'une personne peut encore entrer en conflit avec un souci de sécurité car cette personne peut chuter. La valeur de l'infirmière qui est de respecter le rythme du patient peut entrer en conflit avec les besoins et l'organisation du service. La valeur de l'infirmière qui est de respecter la culture de l'autre peut entrer en conflit avec l'ordre de transfuser, par exemple si le sujet la refuse. La valeur de l'infirmière qui désire

respecter les habitudes de vie de cette personne âgée qui ne se lave qu'une fois par semaine peut entrer en conflit avec l'exigence du service de la toilette quotidienne etc....

Les opportunités de conflits de valeurs sont nombreuses dans la pratique de soin. La formation ne leur apprend pas et ne peut leur apprendre quelle sera la valeur qui aura priorité absolue sur les autres. C'est pourquoi ces situations sont souvent douloureuses et conflictuelles, d'autant plus qu'elles vont mettre l'infirmière en conflit avec elle-même, ce qu'il est appelé couramment un conflit intra personnel.

Selon Wright (1991) « *il peut en effet sembler erroné qu'un patient reste sans soins uniquement parce que les convictions religieuses de l'infirmière ne lui permettent pas de dispenser tel ou tel type de soins. Pourtant, il n'en demeure pas moins qu'aucune infirmière ne devrait être obligée de dispenser des soins allant à l'encontre de ce que lui dicte sa conscience.*

Dans ce cas précis, le CII (1973)¹⁴ prend position. *Les infirmières sont habituellement tenues de dispenser des soins à un patient quelles que soient leurs valeurs personnelles, surtout lorsque aucune autre infirmière n'est disponible pour le faire. La responsabilité première de l'infirmière consiste à s'occuper de ceux qui ont besoin de soins infirmiers.*

La seule exception à cette règle générale est le cas où une intervention en soin implique un risque pour la santé de l'infirmière. Dans ce cas, c'est à l'infirmière d'évaluer au mieux le degré du risque encouru. CII (1986)¹⁵, c'est elle qui prend finalement la décision.

On peut penser qu'une identification de la nature des valeurs d'ordre moral et des autres valeurs amène une meilleure compréhension de l'importance relative des valeurs personnelles, professionnelles et culturelles dans la pratique de soins. Cette posture permettrait de mieux respecter les valeurs des autres, et trouver un juste équilibre entre les droits du bénéficiaire de soin, les règles professionnelles et ses propres valeurs.

¹⁴ International Council of Nurses. *Code de l'Infirmière* Genève 1973

¹⁵ International Council of Nurses. *Prise de position du CII. Le rôle de l'infirmière dans la sauvegarde des droits de l'homme.* Genève 1986

Les dilemmes éthiques

Emprunté au latin *dilemma*, lui-même pris du grec *dilêmma*, le dilemme a d'abord un sens général, c'est l'argument par lequel on pose une alternative entre deux arguments contraires. L'étymologie de ce mot est composé de *di*, deux et de *lêmma*, ce que l'on prend d'un des prémisses d'un syllogisme, (raisonnement composé de deux prémisses) généralement la majeure.¹⁶

Un dilemme est un raisonnement théorique qui consiste à présenter deux propositions telles que, si l'une d'elles est fausse, l'autre est nécessairement vraie. Par extension, obligation de choisir entre deux partis possibles.

Un dilemme éthique selon M.G. Bedin (1996)¹⁷ « *se pose à l'individu quand il est obligé de faire un choix entre des alternatives également insatisfaisantes. La difficulté vient du fait que chaque alternative peut être justifiée sur la base de principes moraux différents* ».

Avant de vouloir trouver une solution au problème éthique, il est impératif de se questionner sur ce qui est en jeu dans le dilemme éthique.

De quoi s'agit-il ?

Avant il semble nécessaire de formuler le problème en dilemme éthique c'est-à-dire de tenter de le préciser en terme de valeurs.

Le jugement de valeur

« *Le jugement est l'acte de la pensée qui affirme ou nie, et qui ainsi pose le vrai. Plus largement c'est le point d'arrêt d'un problème, qui s'achève dans la décision* »¹⁸ Dans le jugement il y a un rôle actif de l'esprit qui dépasse le stade de la simple réception pour faire le tri et délibérer. Le jugement se trouve à l'intersection de multiples approches : la psychologie, la logique ou encore la sociologie, qui s'intéressent au sujet selon différents angles et dans le lien à l'activité.

Il revient ainsi à la *logique* d'étudier la structure propositionnelle du jugement et des modalités de l'affirmation. Comment un raisonnement s'articule-t-il d'un point de vue logique, quels sont les liens, les connections qui opèrent dans l'affirmation ?

¹⁶ Dictionnaire historique de la langue française. Le Robert 1995.

¹⁷ BEDIN, M.G. Au cœur des soins : l'éthique. 13^{ème} journée de recherche de l'A.S.I, 1996.

Le point de vue *psychologique* va s'intéresser aux facteurs des croyances qui vont intervenir et influencer les prises de positions et la manière de juger de la réalité. Le regard *sociologique* va tenter de mettre à jour les croyances collectives qui vont influencer les représentations de la situation de dilemme et sa délibération. Le jugement provient étymologiquement du terme de *Judicium* qui renvoie à la décision judiciaire qui est un des aspects parmi d'autres des bases normatives du jugement. : on parle du jugement de goût qui est le discernement des valeurs esthétiques ou culturelles, ou du jugement moral, qui est le discernement dans le domaine des mœurs. (Encyclopédie Universalis). Le jugement de valeur va se former à partir de mécanismes divers afin de se positionner dans une situation conflictuelle et de trancher au nom de telle valeur qui paraît « vitale » aux yeux de l'individu.

Une philosophie du jugement doit porter attention aux liens qui vont structurer les divers éléments du jugement ainsi que de l'activité. Elle donne une place au jugement parmi les actes porteurs de sens.

Les principes éthiques

Les principes éthiques vont servir de guide pour la prise de décision éthique et l'engagement dans un acte moral et seront essentiels à la formation des jugements moraux qui interviendront au cours de la pratique d'une profession.

Beauchamp & Childress. (1989)¹⁹

Ils consistent généralement à affirmer la manière dont il faut (ou il ne faut pas) agir et servent à justifier les règles qui sont souvent suivies des interventions en soins aux patients. (selon le CII)

Ces principes ont une portée universelle, et prennent toute leur importance pour les professionnels de la santé. Néanmoins, chaque culture appréciera ces principes, et leur application peut différer d'une culture à l'autre selon la primauté qu'elle accorde à certaines valeurs.

¹⁸ Encyclopédie Universalis France, 1997.

¹⁹ BEAUCHAMP & CHILDRESS, J.F. *Principes of biomedical ethics*. Ney York : Oxford University Press, 1989.

Selon **Beauchamp & Childress**. (1989) qui sont une référence en la matière citent huit principes éthiques :

- le respect de l'autonomie du patient
- la non-malfaisance
- la bienfaisance
- la justice
- la véracité
- l'inviolabilité
- la confidentialité
- la fidélité ou la loyauté

Selon **Cécile Lambert**, 6 valeurs orientent la pratique professionnelle infirmière et interviennent dans la résolution des dilemmes éthiques

- La vie (respect de la vie)
- L'autonomie de la personne (autodétermination)
- L'égalité des personnes (justice et équité)
- Vouloir le bien d'autrui (bienveillance)
- Ne pas nuire à autrui (non-malfaisance et bienfaisance)
- La relation de confiance

Les cinq principes infirmiers les plus importants pour la pratique des soins infirmiers selon le CII et **S. Fry & Veatch** (1987) sont :

- Le souci de faire le bien
- La justice
- L'autonomie
- La véracité
- La fidélité

Tableau de comparaison

PRINCIPES	Beauchamp & Childress 8 principes	S. Fry & Veatch 5 principes	C. Lambert 6 principes	Principes retenus 5 principes
Bienfaisance	X	Souci de faire le bien	X	Souci de faire le bien
Non-malfaisance	X	Souci de faire le bien	X	Souci de faire le bien
Justice	X	X	X	X
Autonomie	X	X	X	X
Véracité	X	X		X
Fidélité	X (ou loyauté)	X (ou confidentialité)		X (ou confidentialité)
Confidentialité	X		X	
L'inviolabilité	X			
Le respect de la vie			X	

Le souci de faire le bien (bienfaisance et non-malfaisance)

Les obligations de faire le bien et d'éviter de faire du mal peuvent se regrouper afin de constituer le même principe éthique *le souci de faire le bien*. Frankena, W.K. (1973)²⁰

Le respect de ce principe signifie aider la personne à obtenir ce qui lui est bénéfique, ce qui va favoriser son mieux-être tout en réduisant les risques encourus en minimisant les maux. Mais la mise en pratique de ce principe pose le problème de savoir si l'obligation de faire le bien a priorité sur celle d'éviter le mal.

Si nous nous référons au corps médical, nous constatons qu'avant toute chose il doit éviter le mal, *primum non nocere*, que nous retrouvons dans la tradition hippocratique de la pratique de la médecine, Jonsen (1977)²¹. Ainsi ne pas nuire à la personne constituerait le premier objectif, c'est-à-dire que toutes les

²⁰ FRANKENA, W.K. *Ethics*. Ed. Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall, 1973.

²¹ JONSEN, A. Do no harm : Axiom of medical ethics. *Philosophical medical ethics*. Dordrecht, Holland : D.Reidel Publishing Company, 1977.

interventions en soins sont dirigées par le seul but d'éviter des douleurs, des souffrances et la mort dans la perspective de maintenir la personne en vie.

« *Les infirmières sont-elles censées respecter une semblable obligation d'éviter de faire du mal avant tout, et même avant de faire le bien ?* » Jonsen (1977), car ne pas faire de mal est un concept purement négatif, une sorte de seuil minimal qu'il faut désirer mais qui est insatisfaisant à poser comme but ultime de soins. Il apparaît insuffisant et doit être subordonné à un concept positif « faire le bien », c'est là ce que soutiennent Beauchamp & Childress (1989)

Dans la pratique des soins infirmiers selon le CII, il y a complémentarité, le fait d'éviter le mal est analysé au regard de la nécessité de faire ce qui est bénéfique pour la personne. Les normes de pratique ainsi que le code de déontologie de la profession prévoient des degrés ou des fourchettes à ne pas dépasser dans l'équilibre entre le risque de faire mal et la nécessité d'agir positivement.

Les deux concepts sont donc à prendre en compte simultanément dans la pratique, chaque cas devra avoir sa propre évaluation et trouver un équilibre juste.

La justice

C'est un principe qui consiste à se soucier de la distribution des soins de santé sous le signe d'une répartition juste et équitable entre les patients.

Selon Veatch & Fry (1987), « *c'est se préoccuper de la façon dont les prestations et les charges doivent être réparties parmi les patients* ».

Mais qu'est-ce qu'une juste répartition des soins ? Cela ne semble pas signifier que tous les patients doivent être traités de la même manière uniformément. Paradoxalement si nous agissons de façon absolument similaire avec tous les patients, sans faire de distinction ce serait s'assurer de ne pas être équitable et par conséquent non éthique. Car tout comportement éthique réside dans le regard porté à chacun, la capacité d'adapter un soin adéquat à tel besoin et non dans la distribution de soin indifférenciée et décontextualisée. Les patients qui ont les mêmes besoins de santé recevront le même type de soin, c'est-à-dire qu'ils seront traités de manière égale, alors que ceux qui sont dans des situations

différentes et qui ont des besoins autres seront traités différemment mais toujours en fonction de leurs besoins, selon Beauchamp & Childress, (1989).

Bien évidemment s'il y a distribution différenciée des soins de santé afin de répondre d'une manière équitable, il doit au contraire y avoir totale égalité devant l'accès au système de soins de santé. Il y a par là même un impératif de mettre les critères politiques, culturels, moraux et sociaux de côté afin de dispenser les soins nécessaires.

L'autonomie

Selon ce principe éthique, on considère le patient comme un sujet libre et responsable. On se doit par conséquent de laisser à chacun la liberté de décider de ce qui le concerne, de déterminer ses propres actes en fonction des volontés personnelles formulées, Veatch & Fry, (1987). C'est non seulement reconnaître la personne en tant que sujet autonome, c'est-à-dire comme raisonnable et apte à se gouverner, mais cela implique aussi de respecter ses choix résultants de ses convictions et de ses valeurs personnelles.

Dans l'application aux soins infirmiers, ce principe pose le problème d'évaluer le degré d'autonomie du bénéficiaire de soin : de ses facultés mentales, de son degré de conscience, de la situation contextuelle de la maladie, du volume d'informations fournies pour lui permettre de faire des choix en toute connaissance de cause ...

Il pose également une seconde difficulté à savoir si le respect du choix du patient est vraiment dans son intérêt ou s'il ne serait pas préférable d'endosser une attitude *paternaliste*. Cette attitude, selon Beauchamp & Childress (1989) *est le fait de passer outre aux choix individuels ou aux actes intentionnels de quelqu'un dans l'intérêt de celui-ci*.

La véracité

Le principe de véracité se définit comme l'obligation de dire la vérité et par conséquent de ne pas mentir ni de tromper le bénéficiaire de soins.

Dans de nombreuses cultures, le fait de dire la vérité est depuis longtemps considéré comme essentiel si l'on veut que la confiance règne entre les individus.

CII/ S. Fry, (1994)note : « *du fait de cette tradition bien établie, la véracité occupe une place importante dans les relations de soins de santé dans de nombreuses régions du monde. Dire la vérité est considérée comme faisant partie du respect qui est dû à autrui* ».

Tout individu a droit à la vérité et à une relation de confiance et si une vérité ne peut pas se dire c'est toute l'efficacité de la prestation de soins qui est en jeu. Néanmoins dans certaines cultures et la France en faisait et ou en fait dans une certaine mesure encore partie, le patient semble avoir le droit de ne pas savoir. Comme la vérité doit être dite, c'est alors à la famille que cette révélation sera faite à l'insu du patient. C'est alors à la famille qu'incombe la responsabilité de choix entre dire au patient la vérité ou la cacher. Peut-être estime-t-on que la famille est la mieux placée pour juger ce qui est bon ou pas pour le membre de sa famille et ce qu'il est capable d'entendre. Toujours est-il que la charge morale ainsi infligée aux familles est lourde de conséquences sur les relations familiales futures.

La fidélité

Le principe de la fidélité se définit comme l'obligation de rester fidèle à ses propres engagements.

Ces engagements sont directement en lien avec la relation de confiance qui s'établit entre l'infirmière et le bénéficiaire de soins. Cette relation implique de respecter le caractère confidentiel de certaines informations et de tenir ses engagements envers le sujet et sa famille.

Parfois le personnel soignant peut penser qu'il est moralement acceptable de ne pas tenir ses promesses, ou de ne pas respecter la close de confidentialité, dans la situation par exemple où un tiers pourrait être mis en péril si on se maintenait à ses engagements. D'autres personnes affirment qu'il ne faut jamais enfreindre le principe de la confidentialité quelles que soient les conséquences.

L'une des façons de mieux comprendre le caractère conceptuel des engagements moraux concernant le respect de la confidentialité et la tenue des promesses est de placer ces obligations dans le cadre d'un principe indépendant de fidélité, Veatch & Fry, (1987).

Afin de pouvoir rester fidèle à ses engagements, l'infirmière devra clarifier dans les informations reçues celles qui devront rester confidentielles et celles qui pourront raisonnablement être partagées avec l'équipe afin d'améliorer la prestation de soins.

L'éthique traditionnelle a été souvent critiquée dans la pratique des soins, notamment en ce qui concerne la relation entre l'infirmière et le patient.

Plusieurs philosophes ont critiqué la théorie de l'éthique traditionnelle comme ne tenant pas suffisamment compte des émotions humaines, du rôle de la souffrance et de la compassion dans nos délibérations morales, et de la séparation de la pensée éthique avec le contexte culturel, historique et social dans lequel elle se développe, S. Fry (1996). D'autres encore ont critiqué l'approche de l'éthique des soins de santé basée sur les principes parce qu'elle s'appuie sur une structure de justification morale pour déterminer la validité éthique d'un acte au lieu de tenir compte du contexte dans lequel se posent les questions d'éthique et dans lequel doivent être prises les décisions, Toulmin (1981), Noddings (1984).

« L'homme ne se laisse pas enfermer dans les systèmes de valeurs, autrement il ne serait plus homme. Depuis toujours, l'homme invente et s'adapte », Robert Dutel (1983).²²

²² DUTEL, R. *Valeurs, identités et pratiques infirmières*. Paris : CCPS, 1983.

2.2

REPERES RELIGIEUX ET CULTURELS

2.2.1 Ethique et spiritualité

Il semble qu'aujourd'hui, le phénomène massif de laïcisation au sein de notre société ait conduit l'individu à un rapport différent vis-à-vis de la maladie. Autrefois, la maladie était vécue comme la conséquence d'une faute divine, elle était interprétée comme une épreuve ou une punition juste et méritée. L'homme qui « tombait malade » y voyait le signe d'un châtement mérité pour ses fautes et péchés passés et un sentiment de culpabilité l'habitait.

La guérison était vécue comme une nouvelle chance, une possibilité de rachat en s'améliorant. La maladie avait alors un sens théologique et métaphysique.

De nos jours, toute l'étiologie scientifique tend à rendre le sujet non responsable en expliquant le comment de la maladie. La médecine met à jour les causes mécaniques qui ont amené à une telle maladie. Ainsi la laïcisation de la maladie, le fait qu'elle soit moins ressentie comme le jugement de nos fautes, a été notamment permise par le développement de la connaissance scientifique. La science est devenue notre nouvelle religion, tout ce qui est sous l'étiquette scientifique remporte la créance.

Cependant si le patient « laïc » ne voit plus sa maladie comme une malédiction qu'il pense consciemment méritée, la culpabilité demeure sous d'autres formes. Bien sûr la maladie est expliquée scientifiquement, ses mécanismes et ses rouages sont mis en pleine lumière. Mais pourtant le patient se refuse à se voir réduire à une machine, le comment de sa maladie ne lui suffit pas, il part à la recherche du pourquoi. Pourquoi ce virus ? Les médecins répondront par une cause mécanique. Mais toutes ces explications d'ordre mécanique ne suffisent pas. Pourquoi moi ? Qu'ai-je fait ? C'est injuste, je ne mérite pas cela, voilà les questions que se pose le patient qui ne peut se contenter d'une explication rationnelle.

Il faut du sens pour justifier telle maladie, ce n'est plus la faute qui est vraiment importante, mais la dette dont on va s'acquitter (pris au sens de Nietzsche).

La culpabilité dès lors ne relève plus seulement de l'acte coupable, mais de l'être tout entier.

Nous pouvons remarquer d'une manière générale, que l'épreuve de la maladie est toujours vécue comme quelque chose allant contre la volonté « qu'elle soit expliquée par notre nature biologique ou par des instances divines. Elle ranime en nous, notre désir de vie car c'est un moment où la fragilité de notre existence est fortement éprouvée, et la conscience de la mort devient omniprésente. En effet quand nous sommes en bonne santé nous ne vivons pas heureusement chaque instant avec la pensée de notre mort imminente, cela paralyserait nos actions. Ainsi le moment de la maladie, pose un arrêt à toutes nos actions et nous met en posture de réflexion sur le sens de notre existence (ce que nous faisons rarement), elle impose un temps de méditation qui permet de dresser des bilans, de prendre du recul pour faire le point de notre existence. La maladie et la convalescence sont des moments où le sujet est nécessairement réinvesti, et peut être, malgré lui, d'un questionnement existentiel. L'athée, comme le croyant, est lui aussi confronté à ce type de questionnement et s'il ne trouve pas sa réponse en un Dieu dans une religion particulière, la quête d'un sens va formuler ses besoins spirituels. Pour le croyant, le moment de la maladie va être des plus importants. C'est là qu'il va tenter de faire valoir ses valeurs religieuses, de se maintenir en accord avec les principes de sa foi. **Comment les respecter en les conciliant avec la pratique des soins ?**

Une femme islamique refuse d'enlever son voile pour descendre au bloc opératoire. Le bloc exige que toutes personnes arrivant au bloc aient pour seuls vêtements la chemise de l'hôpital. Par conséquent d'un côté le bloc refuse de l'opérer et de la recevoir avec son voile, mais de l'autre, la femme, elle, refuse de quitter son voile. Comment agir étant donné que l'opération est jugée urgente de la part des médecins ?

Les données religieuses doivent être prises en compte non pas seulement dans ces situations extrêmes mais dans le quotidien du prendre soin et dans la manifestation du souci de l'autre. L'infirmière pourra témoigner une attitude respectueuse envers ces pratiques religieuses qui ne sont pourtant pas toujours si facilement conciliables avec la pratique soignante.

Ce respect d'autrui se reconnaît dans le droit à la différence culturelle et religieuse et par une attitude de tolérance éclairée, A.M. David,(1997).¹

Pourtant si la prise en compte du respect de la culture et de la pratique religieuse paraît relativement bien intégrée dans la pratique de soin², il peut amener néanmoins le soignant à un problème de conscience quand celui-ci induit des pratiques qui peuvent entraîner des préjudices graves pour la santé du sujet.

Jusqu'où est-il possible d'intégrer dans la pratique soignante cette diversité de foi, de règles et de rites ?

Certaines pratiques religieuses questionnent aujourd'hui notre société tout entière et posent aux autorités morales et religieuses de sérieuses difficultés et obligent à une réflexion éthique.

La connaissance des principaux courants de pensée religieuse peut aider les professionnels et les étudiants en soins infirmiers, en leur apportant quelques éléments de réponse pour nourrir leur réflexion éthique.

Nous vous invitons à vous référer à l'annexe (1) sur les repères des pratiques et des comportements religieux et à l'annexe (2) sur l'influence de la pensée et des pratiques religieuses dans le contexte des soins : « *La connaissance est le premier pas vers la tolérance éclairée* », A.M. David, (1997).

Ces courants de pensée religieuse exigent, nous venons de le voir, une ritualisation quotidienne qui va façonner les liens sociaux.

La ritualité d'un point de vue anthropologique, se caractérise par trois concepts.

- Premièrement elle est toujours *collective*, puisqu'elle manœuvre l'idée d'un collectif. « *Le rituel actualise des expressions identitaires, renforce les sentiments d'appartenance, régénère les solidarités* », Baudry, P. (1998).³

Selon Emile Durkheim la ritualité contribue fortement au *ciment social*, c'est-à-dire qui opère un lien culturel dans la mise en scène d'événements singuliers dont la théâtralisation touche à l'universel.

¹ DAVID, A.M. *Ethique et soins infirmiers*. Paris : Ed. Lamarre, 1997.

² Voir résultats de la thèse

³ BAUDRY, P. Rituel et ritualisation. *Jalmar* No 52, 1998.

- Deuxièmement le rituel est de l'ordre de *l'obligation*, chacun a le devoir de prendre part à ces conventions religieuses et on ne saurait se soustraire au devoir. Le rituel procède toujours « *à l'élaboration d'un sens, elle constitue le moyen de construction de signification, et ce faisant, déborde du cadre d'une stricte rationalité* », P. Baudry, (1998).
- Troisièmement, la ritualité n'est pas qu'utilitaire, elle ouvre un espace de *compréhension*. La ritualité construit une manière d'être qui fait référence à des principes fondateurs et des interdits qui viennent donner des raisons de vivre. Le rite n'a de sens qu'aux yeux des participants, c'est de leur interprétation que peut naître un sens subjectif collectif.

Enfin, la ritualité n'est pas séparable des mythes qui soutiennent les visions communes. Cependant elle n'est pas simplement une application des textes religieux, « *mais une composition avec ce que le mythe indique aussi bien qu'avec ce qu'il ne dit pas* », P. Baudry, (1998). Chacun se rappropriant les textes sacrés et les rituels à sa manière.

La ritualité consiste à marquer un événement, un passage et associe la situation singulière à des dimensions culturelles. Elle permet d'instituer un échange de mots, d'attitudes et de gestes compris par l'ensemble des personnes présentes.

2.2.2 Répercussion et questionnement de la pratique soignante

Si nous avons souhaité nous attarder sur les pratiques religieuses et le sens que peuvent prendre certains rites, c'est qu'au sein même de la profession infirmière française ce thème est souvent polémique et amène certaines infirmières à des positions extrêmes qui ne facilitent aucunement la réflexion éthique.

Certaines infirmières se sont opposées à un diagnostic infirmier s'intitulant « Bien être spirituel ». La définition qui en est donnée est la suivante : « *Le bien-être spirituel est le cheminement d'une personne qui cherche à découvrir le sens caché de la vie en créant une unité harmonique entre soi et le monde grâce à sa force intérieure. Le bien-être spirituel est la capacité de donner à la vie un sens, une valeur et un but qui soient source d'harmonie, de paix intérieure et de satisfaction. Il permet de maintenir des liens positifs avec soi-même, un être suprême, la collectivité et l'environnement* », Doenges, M.E.(1996).⁴

La réticence de certaines infirmières s'exprime par les risques selon elles, d'une infiltration sectaire par l'utilisation de termes favoris de l'église de la scientologie. La réaction et les arguments paraissent quelque peu équivoques.

Quelles pourraient être les justifications de ce positionnement, le questionnement ou les peurs sous-jacentes ?

- Depuis la séparation de l'Etat et de l'Eglise il semble qu'en France il soit particulièrement difficile de parler de religion, de spiritualité et parfois même de morale dans des lieux publics, scolaires ou de soins, sous peine de se faire attaquer de prosélytisme ou de sectarisme
- La vie spirituelle du patient peut-elle faire l'objet d'un diagnostic infirmier ? quelles sont alors les *limites* du rôle autonome de l'infirmière et jusqu'où va aller le champ de compétence de l'infirmière ?
- La provenance des diagnostics infirmiers comme presque la totalité des modèles de soins infirmiers proviennent des Etats-unis. Les infirmières américaines appartiennent à une autre culture que la nôtre. D'autre part peut-on et va t-on se laisser dicter en permanence notre avenir professionnel, dans notre manière de penser et d'agir ? peuvent penser certaines infirmières ?

⁴ DOENGES, M.E. LEFEBVRE, M. MOORHOUSE, M.F. *Diagnostics infirmiers et interventions*. Paris : Ed. Seli Arslam, 1996.

Dans notre « jargon professionnel », prendre soin du bénéficiaire de soin et de sa famille signifie **prendre soin de l'être**, c'est-à-dire prendre soin **du désir de l'autre**. Cela nécessite une approche holistique, c'est-à-dire que l'attention particulière qui lui sera portée touchera non seulement la globalité de son être (et non une seule partie de sa personne) mais s'adressera aussi aux interrelations avec son milieu familial, social, culturel et **spirituel**, dans un souci permanent du bien-être de la personne

Les besoins spirituels, particulièrement en fin de vie, prennent une importance considérable et peuvent s'articuler entre eux d'après J.H. Thieffry, (1990)⁵ :

- le besoin d'être reconnu comme une personne
- le besoin de relire sa vie et de faire des liens entre les événements
- la quête de sens, le sens trouvé face à la mort redonne du sens à la vie
- le besoin de se déculpabiliser et de se réconcilier
- le besoin de croire à la continuité de l'homme, de s'ouvrir à la transcendance.

Le besoin spirituel diffère du besoin religieux puisque ce dernier implique afin d'y répondre un membre de la même communauté dans son accompagnement. Cette intervention sort par conséquent du champ de compétences de l'infirmière.

« Sans besoins spirituels, la religion serait une fortaiture, un discours mythique, car le besoin religieux est ce qu'est le besoin spirituel mais repris dans une nouvelle dimension, celle de la foi, qui a une grille de lecture différente », Matray, (1994).⁶

Carole Kohler, (1999)⁷ a mené une recherche dans des unités de soins palliatifs afin d'identifier les besoins spirituels et de délimiter le champ possible d'interventions des infirmières dans le cadre de leur rôle propre.

93% des patients interrogés reconnaissent ressentir un malaise d'ordre spirituel qui se traduit par des répercussions :

- d'ordre physique : impossibilité de se détendre, boule à la gorge, mal au ventre, serrement à la poitrine,

⁵ THIEFFRY, J.H. Besoins spirituels au cours de maladies graves, analyse théologique.. *Communauté du Chemin Neuf*, 1990.

⁶ MATRAY. Les besoins spirituels. *Cours dans le cadre du DU de soins palliatifs*. Paris Sud.

⁷ Cadre Expert à l'Hôpital Bichat

- d'ordre moral : interrogations sur le sens de la vie, de la maladie, de la souffrance, quels que soient l'âge, le sexe ou l'appartenance religieuse.

Sur le sens de la mort : des sentiments de colère, de peur, de révolte et souvent de culpabilité.

Les résultats de cette recherche ont pu démontrer qu'un tiers des patients souhaitait évoquer la dimension spirituelle avec les soignants, dont un quart la dimension religieuse. La quête de sens apparaît comme une nécessité en fin de vie. La confrontation à la souffrance, aux différentes pertes liées à la maladie, à la détresse et à la solitude renvoient à la question du sens.

La compétence de l'infirmière se définit aussi par cette capacité de savoir accueillir ce questionnement pour accompagner la personne dans sa dignité. Cet accompagnement de fin de vie oblige à une réflexion éthique permanente pour comprendre notre agir professionnel :

- se questionner jusqu'où a-t-on le droit d'aller,
- distinguer ce qui est nécessaire de ce qui est futile,
- savoir quelle place est laissée au choix de la personne et quels sont véritablement ses choix,
- réfléchir aux aspects qu'il faut privilégier dans les interventions de soins si tout ne peut être réalisé par manque de temps,
- savoir prendre la place de médiateur entre la personne et l'équipe interdisciplinaire, afin que la personne puisse être entendue et respectée dans ses désirs.

Si le respect de la dimension spirituelle du bénéficiaire de soin est fondamental dans le soin, il semble tout aussi primordial que l'infirmière réfléchisse comment sa propre éducation religieuse (ou son absence) a forgé ses valeurs morales et comment celle-ci modèle ses choix éthiques et influence par conséquent la construction de la compétence éthique

CONSEIL de l'Europe. *La santé face aux droits de l'homme, à l'éthique et aux morales*. Ed. du Conseil de l'Europe, 1996.

Déclaration du Conseil permanent de conférence des évêques de France. Documentation catholique, N0 2036, 1991.

DAVID, A.M. *Ethique et soins infirmiers*. Données religieuses, Paris : Ed. Lamarre, 1997.

KOHLER, C. La détresse spirituelle chez les patients en fin de vie. *Objectifs soins*, No 71, 1999.

PAYCHENG, O. SZERMAN, S. *A la rencontre de l'éthique*. Paris : Ed. Heures de France, 1997.

RIVIERE, C. *Socio-anthropologie des religions*. Paris : Ed. Armand Colin, 1997.

RIVIERE, C. *Les rites profanes*. Paris : Ed. PUF, 1995.

SOGYAL RINPOCHE. *Le livre tibétain de la vie et de la mort*. Ed de la table Ronde, 1993.

THIEFFRY, J.H. Besoins spirituels au cours de maladies graves, analyse théologique. *Communauté du Chemin Neuf*, 1990.

2.3

REPERES JURIDIQUES ET NORMES DU COMPORTEMENT ETHIQUE

« Agit de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen », Emmanuel Kant, 1785.

2.3.1 L'éthique et loi

L'équipe soignante face à un dilemme éthique est immédiatement confrontée au problème de la légalité.

La connaissance des textes qui régissent la profession ainsi que ceux concernant les droits du patient sont indispensables pour appréhender une situation éthique. Ces normes légales élaborées dans un contexte historique, culturel et philosophique ne doivent pourtant pas être l'unique référence de résolution d'une situation. D'abord parce que la norme abstraite doit pouvoir trouver sa formulation par un contexte concret. D'autre part le légal n'étant pas toujours éthique et réciproquement, il est de la plus haute importance qu'un individu fasse appel à sa propre conscience afin de questionner la légitimité d'une loi. Le soignant en effet n'est pas un automate qui obéit simplement aux lois. Il doit avoir le recul nécessaire pour pouvoir les évaluer et refuser de les appliquer si cela paraît juste. La situation n'est pas toujours aussi claire et il n'est pas toujours facile de s'opposer à ce qui fait autorité impunément. Mais c'est aussi la garantie d'améliorer progressivement le dispositif légal en vigueur en faisant jurisprudence afin de le rapprocher du droit naturel. (ce qui est légitime, moral mais pas forcément en vigueur)

Le terme légal est emprunté au latin *legalis*, dérivé de *legis*, signifiant *relatif à la loi* et en latin chrétien : *conforme à la loi divine*. C'est un terme qui correspond à la loi dans son sens juridique et théologique. Il a été longtemps utilisé dans un

sens moral. Le terme éthique, correspond à ce qui est juste et conforme aux valeurs morales.

Dans une situation clinique idéale un soin peut être à la fois légal et éthique, c'est-à-dire légitime :

Un patient qui souhaite être informé de ses problèmes de santé et des soins que l'on va lui prodiguer et qui, une fois l'information donnée, consent bien volontiers au soin.

Pourtant dans la pratique un soin, un acte n'est pas toujours légal et éthique à la fois car la loi n'est pas forcément morale.

Un soin peut être parfois légal mais pas forcément éthique, par exemple :

La nécessité de devoir poser une sonde gastrique prescrite par le médecin, chez un patient qui refuse de s'alimenter et lui attacher les mains pour qu'il ne puisse l'arracher.

Si par contre on accède au désir du patient, le soin deviendrait éthique, mais peut être considéré comme non légal, puisqu'en privant la personne âgée d'alimentation on se situe dans l'euthanasie passive : laisser mourir quelqu'un qui ne souhaite plus vivre.

Donnons un second exemple qui pose une véritable crise de conscience aux soignants :

Le respect du choix d'un patient, qui est témoin de Jéhovah et qui refuse la transfusion sanguine pourtant jugée vitale de la part de l'équipe médicale et accepte de prendre le risque que cette personne décède, sans avoir reçu les soins nécessaires.

Notre éthique nous dit de respecter le choix du patient, donc de respecter son éthique. Mais si ce témoin de Jéhovah décède et si même nous sommes convaincus d'avoir moralement bien agi, il est fort difficile de ne pas se sentir responsable de la mort de cette personne, (légalement condamnable pour non assistance à personne en danger).

L'éthique et la loi bien que se référant à des normes différentes s'expriment toutes deux par des droits.

L'être humain a des droits légaux, défini par la loi, article premier « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits » mais il a aussi des droits moraux.

Depuis 1995, les dix principes moraux¹ sont devenus des droits légaux pour le bénéficiaire de soin, puisqu'il dispose du droit de demander réparation des préjudices qu'il estime avoir subis, (principe No 10).

D'autres droits moraux ne figurent bien évidemment pas dans la charte.

Par exemple, le droit moral de ne pas être maintenu en vie artificiellement à l'aide d'une machine pour le ventiler ou l'alimenter.

Ce droit moral va à l'encontre du droit légal sauver la vie, qui risque de primer sur le droit moral de mourir dans le respect et la dignité. Nous retrouvons cependant ce droit reconnu dans certaines chartes de quelques services des soins palliatifs en France.

¹ Principes moraux exprimés dans la Charte du patient hospitalisé 6 mai 1995. Voir annexe No 6

2.3.2 L'éthique médicale et le code de déontologie

« Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque ».

Serment d'Hippocrate.

La médecine a été influencée par la médecine hippocratique qui laisse une double empreinte à la médecine occidentale particulièrement jusqu'au XIX^{ème} siècle : le serment d'Hippocrate et le concept de nature médicatrice, Ambroselli (1988).²

La médecine hippocratique est surtout une médecine d'observation reposant sur le dialogue entre le médecin et le malade confiant dans la nature, qui a une *force médicatrice*. Ce principe naturisme, d'une force naturelle et spontanée de guérison se retrouvera chez Socrate, Platon, Aristote et même Descartes qui après avoir espéré sans succès, pouvoir trouver une médecine qui soit fondée « en démonstrations infaillibles. » Ambroselli (1988).

Progressivement cette nature bienfaitrice et médicatrice sera remplacée par le recours à la technique. La théorie de Lavoisier sur les régulations organiques à partir de l'approche expérimentale va modifier la place de la nature E. Aziza-Shuster (1972).³

« Le médecin n'est plus le médiateur inspiré par la Nature s'interposant entre le malade et sa maladie vécue, il est le médiateur suscité par la société s'interposant entre la maladie et la connaissance de la maladie ».

² AMBROSELLI, C. *L'éthique médicale*. Paris : Ed. PUF, 1988.

³ ARIZA-SHUSTER, E. *Le médecin de soi-même*. Paris : Ed. PUF, 1972.

Le code de déontologie médicale

Inspiré très fortement du serment d'Hippocrate, le code de déontologie médicale est devenu un code écrit réglementaire, sous forme de textes, décrivant les règles et les devoirs du médecin.

Un code international d'éthique médicale a vu le jour en 1949 à Londres pour être révisé en 1968 à Sydney puis en 1983 en Italie⁴

Les codes édictés de 1947, 1955, 1979, puis en 1995⁵ s'organisent autour de 5 chapitres distincts :

- Devoirs généraux des médecins (31 articles)
- Devoirs envers les patients (24 articles)
- Rapports des médecins entre eux et avec les membres des autres professions de santé (13 articles)
- De l'exercice de la profession (40 articles)
- Dispositions diverses (6 articles)

Le code définit des principes fondamentaux de la médecine

- *la bienfaisance. Primum non nocere*, en premier lieu ne pas nuire
- *le respect du malade*
- *celui du choix du médecin*
- *le respect du secret médical*
- *le devoir d'informer son malade et de rechercher son consentement,*
- *le devoir de soulager la souffrance*

Le code de déontologie médicale sert non seulement de règles professionnelles à la pratique médicale mais est un outil précieux de référence pour la juridiction de l'Ordre des médecins⁶ dont la mission est de définir la déontologie.

A travers ses différents organes elle permet la juridiction disciplinaire et gestionnaire de la profession dans un but de maintenir un juste équilibre entre le poids syndical et l'autonomie professionnelle face aux pouvoirs de l'Etat.

⁴ Par la 35^{ème} assemblée médicale mondiale à Venise en 1983

⁵ Décret No 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale

⁶ instauré par l'Ordonnance du 24 septembre 1945

2.3.3 Les normes du comportement éthique de l'infirmière

« Je promets devant Dieu et en présence de cette assemblée de vivre dignement et d'exercer fidèlement ma profession.

Je m'abstiendrai de tout ce qui est nuisible et ne prendrai ni administrerai sciemment aucune drogue nocive.

Je ferai tout ce qui est en mon pouvoir pour élever le niveau de ma profession et je garderai en confiance toutes les informations personnelles qui me seront confiées et toutes les affaires de famille dont j'aurai connaissance à travers les pratiques de ma vocation.

J'aiderai loyalement le médecin dans son travail, et je me dévouerai au service de ceux qui me seront confiés pour que je les soigne. »

Serment de Florence Nightingale 1852

Pour Florence Nightingale au XIX^e siècle, la personne qui s'orientait vers les soins infirmiers, était quelqu'un qui avait un idéal très élevé, qui devait faire le bien, et qui avait répondu à un appel religieux.

« Etant un personnage de haute tenue morale, elle était chaste, sobre, honnête, sincère, digne de confiance, ponctuelle, calme et gaie », d'après Nutting & Dock (1907).⁷

Cette infirmière, selon Robb (1921),⁸ ne devait pas seulement *« être forte à la fois physiquement et moralement, mais aussi être digne, cultivée, courtoise, instruite, réservée et de bonnes manières »*

Robb, comme F. Nightingale, estimait que l'infirmière devait accomplir sa tâche dans le même esprit qu'elle concevrait un devoir religieux, c'est à *dire être au service de son prochain, avec une vertu morale irréprochable afin de réaliser un devoir moral.*

Cette ligne de conduite sera le fondement de la conduite morale de l'infirmière de l'époque : accomplir ses devoirs avec politesse et courtoisie, ponctualité et propreté. Être l'assistante discrète, obéissante et soumise du médecin, avoir une attitude de sacrifice de soi et de discrétion, et être loyale envers son médecin et son hôpital employeur.

⁷ NUTTING, M.A. & DOCK, L. L. *A history of nursing*. Vol. 2 New York : GP Putnam's Sons, 1907.

⁸ ROBB, J.H. *Nursing ethics : For hospital and private use*. Cleveland : E.C. Koeckert, 1921.

Gladwin (1930)⁹ considérait que le fait de faire son devoir avec compétence et en s'efforçant d'atteindre la perfection morale constituait l'éthique des soins infirmiers comme l'ensemble des règles de conduite suivies par l'infirmière quand elle s'occupe d'un malade.

Morison (1957) quant à elle, recommande aux infirmières la loyauté dans leurs relations professionnelles, une attitude respectueuse ainsi qu'un investissement dans leur travail.

Selon le CII, l'éthique était centrale dans la formation des infirmières « *l'éthique occupait une place tellement importante dans l'ancienne formation des infirmières qu'elle était considérée comme une science, dont la connaissance pouvait permettre à l'infirmière de mener à bien les tâches dont elle était chargée avec perfection et compétence morale* », S. Fry, (1994).

La *science de l'éthique* était en lien avec la manière dont l'infirmière traduisait dans la pratique les tâches qui lui étaient confiées, Robb (1921), ce qui reflétait *sa vertu morale*.

Progressivement l'infirmière, qui était l'assistance dépendante du médecin est devenue une praticienne autonome pouvant être tenue comme responsable de ses actes et de ses choix envers le patient.

Les termes utilisés quant à la responsabilité morale ne se sont plus progressivement rapportés exclusivement à l'obéissance et à la loyauté envers le médecin et ses supérieurs.

Influencées certainement par les valeurs de la société, les infirmières vont revendiquer le désir de prendre elle-même les décisions concernant les soins infirmiers et aussi certains choix éthiques.

Le CII a commencé à travailler lors de son Congrès de 1923 à Montréal sur le Code de déontologie des infirmières, mais celui-ci n'a vu le jour qu'en 1953 au Brésil sous le projet de « Code international de déontologie des soins infirmiers » qui a été adopté puis traduit dans diverses langues pour être distribué aux différentes associations nationales membres du CII.

⁹ GLADWIN, M. E. *Ethics : Talks to nurses*. Philadelphia : W.B. Saunders, 1930.

Ce texte a reçu des modifications en 1965 et 1973 pour être revalidé en 1989 sous le titre : « *Code de l'infirmière du Conseil international des infirmières. Principes déontologiques appliqués aux soins infirmiers* »

Selon le CII, la majorité des pays affiliés se réfère au Code international, qui a permis de servir de modèle et d'inspirer les Codes de Déontologie Nationale.

Il y a eu cependant une évolution dans la réalisation de ces différents codes de déontologie. Au départ, il semblait important de « *mettre l'accent sur le comportement personnel de l'infirmière et ces codes avaient pour but de bâtir une image de l'infirmière* », selon S.Fry, (1994).

Plus tardivement, c'est la responsabilité de l'infirmière envers le patient qui était souligné ainsi que le respect des normes de pratique.

Les codes de déontologie ont en commun de nos jours les thèmes suivants :

- les relations des infirmières avec leurs collègues
- le devoir qu'à l'infirmière de signaler l'incompétence éventuelle d'un autre membre du personnel de santé
- la responsabilité de l'infirmière lorsqu'elle délègue certaines fonctions.
- L'obligation de respecter la vie et la dignité du patient
- La responsabilité de l'infirmière en ce qui concerne le respect du caractère confidentiel de certaines informations
- La non-discrimination à l'égard des patients

Dans le Code de l'Infirmière du CII les pratiques sont classées sous 5 chapitres ¹⁰ :

1. L'infirmière et **l'individu**
(*celui qui a besoin des soins infirmiers*)
2. L'infirmière et **l'exercice des soins infirmiers**
(*normes déontologiques pour la pratique des soins infirmiers*)
3. L'infirmière et **la société**
(*l'infirmière en tant que citoyenne et membre de la collectivité*)
4. L'infirmière et **ses collègues**
(*conduite professionnelle*)
5. L'infirmière et **la profession**
(*application des normes d'exercice des soins infirmiers et maintien des conditions de travail équitables.*)

¹⁰ Voir annexe 2 pour le contenu du Code.

Les soins infirmiers sont centrés sur la personne et s'exercent par une relation humaine dont le principe éthique fondamental est **le respect**.

Pour Anne-Marie David (1997), ce principe s'exprime par les qualités suivantes :

La compassion, la compétence, la conscience (au sens moral ce qui est bien ou mal) la fiabilité (qualité qui favorise le développement et le maintien des rapports de confiance), l'engagement (décision prise délibérément de s'employer à respecter ses obligations professionnelles).

Le Code français

Le cheminement de la profession infirmière française a conduit à la publication d'un décret relatif aux « règles professionnelles des infirmières salariées ou exerçant en libéral »¹¹ constituant 48 articles¹²:

- Devoirs généraux (31 articles)
- Devoirs envers les patients (10 articles)
- Devoirs envers les confrères (3 articles)
- Règles applicables aux infirmiers salariés et dispositions diverses (4 articles)

Chaque infirmier devra respecter les valeurs communes dans l'exercice de sa pratique professionnelle ainsi que les devoirs qui lui sont assignés.

Nous pouvons regrouper ces articles selon M.C. Grenouilleau (1994)¹³ autour de quatre thèmes principaux :

le respect de la vie, la spécificité des compétences, le secret professionnel, la probité.

Lorsque nous relisons ces règles professionnelles qui servent de code de déontologie aux infirmières, nous pouvons faire un certain nombre de remarques.

Nous retrouvons principalement les principes suivants :

- **le respect de la vie** et de la **personne humaine**, le respect de sa dignité et de son intimité
- **le secret professionnel** qui recouvre ce qu'il a entendu, vu, lu et ce qu'il lui a été confié
- **le respect de la confidentialité** des soins dispensés

¹¹ Décret No 93-221 du 16 février 1993 pris sur la base de l'article L-482 du Code de la santé publique qui prévoit la soumission de l'exercice infirmier à des règles professionnelles instituées par décret en Conseil d'Etat.

¹² Voir annexe 3 pour l'intégralité du texte.

- **l'obligation** de protéger un mineur qui serait victime de sévices ou de privation et d'alerter si nécessaire les autorités
- **le respect du droit du patient de s'adresser au professionnel de son choix**
- **La responsabilité des actes** professionnels relevant de sa compétence
- Agir avec **la même conscience** quels que soient les sentiments éprouvés à l'égard du patient ou de l'origine de la personne, de son sexe, de son âge, de sa religion, de ses mœurs, de sa situation de famille ou de son handicap.

Nous devons nous interroger sur certains manques et sur les principes qui ne figurent pas aux articles du Décret.

Nous pouvons rappeler que ce code date de 8 ans et que le respect des droits du patient ont énormément évolué.

En effet nous ne trouvons rien qui se rattache à la défense de droits du patient¹⁴ qui situerait l'infirmière dans une fonction de défenseur de *la cause du patient* au sein du système de santé. L'infirmière aurait un rôle d'arbitre pour la protection des droits de l'homme et des droits moraux du patient.

Son rôle consisterait :

- à informer le patient de ses droits,
- à s'assurer que le message est bien compris
- à servir de médiateur entre le patient et l'équipe interdisciplinaire de soins
- à s'efforcer de faire respecter ses droits et signaler toutes violations éventuelles

Cela signifierait bien sûr de respecter dans sa fonction l'autonomie du patient. Ce qui est aujourd'hui, largement enseigné et pratiqué généralement en France, n'est pas encore formalisé en tant que règles professionnelles mais uniquement comme recommandation dans les différentes chartes.

S'il est bien précisé que l'infirmière ne peut faire de différence dans la manière de soigner des personnes venant d'horizons différents, il n'est pas explicitement précisé que dans tout acte professionnel, **le respect des valeurs du patient doit être obligatoirement respecté et pris en compte.**

¹³ GRENOUILLEAU, M.C. Ethique et déontologie. *Infirmier à l'hôpital public : droits et devoirs*. Les Guides de l'AP-HP, Doin, 1994.

¹⁴ A part le droit de s'adresser au professionnel de son choix

Un autre axe nous semble important, **c'est l'obligation de rendre comptes au patient et à sa famille** quelle que soit l'intervention en soin accomplie. (courant international de la professionnalisation d'après la sociologie des professions)

Nous terminerons sur la responsabilité engagée de l'infirmière dans son rôle propre et sur son rôle prescrit. Le texte (les règles professionnelles) nous dit qu'elle est personnellement responsable des actes professionnels qu'elle est habilitée à effectuer, mais il n'est rien dit sur **l'engagement de cette responsabilité sur les choix et décisions éthiques.**

Nous espérons que ces règles professionnelles pourront être révisées prochainement afin de combler les insuffisances de ce décret. N'oublions pas, cependant qu'au-delà de ce texte législatif écrit, ce qui est fondamental c'est l'usage que l'on en fait dans la pratique de soins.

2.3.4 La charte du patient

La Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 qui affirme les droits fondamentaux de liberté, de conscience et d'opinion, de sécurité et d'égalité ignore pratiquement les droits sociaux dans l'époque individualiste de la Révolution. Ce n'est qu'au XIX^{ème} siècle qu'apparaît l'idée d'assistance à travers un ensemble de lois, Anne-Marie David (1997).

- Loi de 1851, prévoyant de recevoir et de soigner gratuitement les vieillards et les incurables.
- Loi de 1893, instituant l'assistance médicale gratuite
- Loi de 1905, assurant l'assistance obligatoire aux indigents sans ressources.

Du droit à l'assistance naîtra le droit à la santé et à l'hospitalisation qui sera préconisé dans le préambule de la Constitution de 1946 : « *la nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère, aux vieux travailleurs, la protection de la santé.* » Ce droit sera réaffirmé dans la Charte sociale européenne de 1961.

Ainsi, progressivement, les Droits de l'Homme vont finir par se faire valoir dans les droits de la personne soignée, dans le droit à l'hospitalisation, dans la politique d'humanisation des hôpitaux, dans l'amélioration des conditions matérielles et morales de la vie quotidienne du patient pour enfin en 1970 dans le droit à l'information.

Une succession de textes de loi vont voir le jour, y compris une circulaire de 1974 relative à la Charte du malade hospitalisé, mais qui ne définissent pas encore précisément les droits du patient contrairement à la charte européenne du 9 mai 1979. Il faudra attendre le 6 mai 1995 pour que la Charte du patient puisse faire reconnaître les droits fondamentaux du patient hospitalisé.

Le préambule de la circulaire ministérielle¹⁵ dit : « *le patient hospitalisé n'est pas seulement un malade. Il est avant tout une personne avec des droits et des devoirs* »

L'objectif de cette charte est *que chacun puisse connaître ses droits pour les faire connaître*. Elle doit être distribuée, selon les recommandations, obligatoirement au patient ou à sa famille le cas échéant, dès son entrée dans l'établissement. *La*

¹⁵ Circulaire ministérielle DGS/DH No 95-22.

*version intégrale de la charte sera annexée ou insérée au livret d'accueil systématiquement remis à chaque patient.*¹⁶

Les principes fondamentaux de la charte¹⁷ sont relatés dans son introduction :

- *« les établissements de santé doivent veiller au respect des droits de l'homme et du citoyen reconnus universellement ainsi que des principes généraux du droit français : non-discrimination, respect de la personne, de sa liberté individuelle, de sa vie privée, de son autonomie »*
- *« le malade ne saurait être considéré uniquement, ni même principalement du point de vue de sa pathologie de son handicap ou de son âge. »*
- *« Les établissements doivent s'assurer que les patients ont la possibilité de faire valoir leurs droits et de veiller à la bonne application des règles de déontologie »*

Cette charte¹⁸ est construite autour de 10 principes généraux concernant :

1. l'accès au service hospitalier
2. la qualité des soins dispensés et la prise en compte de la douleur
3. l'information du patient et sa participation aux choix thérapeutiques
4. l'obligation du consentement libre et éclairé
5. le consentement du patient pour tous dons ou recherches thérapeutiques
6. la liberté du patient de choisir de quitter l'établissement hospitalier
7. le respect des croyances, de l'intimité et de la tranquillité des personnes
8. le respect de la vie privée et la confidentialité des informations reçues
9. l'accès aux informations des dossiers administratifs et médicaux
10. le droit de réparation pour préjudices

Les changements induits par cette charte sont sans précédent et amènent tout le personnel hospitalier à repenser sa mission et plus particulièrement les limites de la fonction de chacun. La personne soignée est pour la première fois en pleine possession de tous ces droits fondamentaux qui prescrivent :

¹⁶ Un questionnaire de sortie sera impérativement annexé au livret d'accueil

¹⁷ Voir glossaire

¹⁸ Voir annexe 6

- **Le respect de la personne** dans son intimité et dans sa vie privée, sujet qui ne doit pas souffrir de propos ni d'attitudes équivoques de la part du personnel. Le respect de ses croyances et de ses convictions personnelles sont essentielles et la personne doit pouvoir suivre les préceptes de sa religion. *Ces droits s'exercent dans le respect de la liberté des autres.* L'établissement doit assurer la tranquillité des patients en respectant les heures de repos et de sommeil. Le droit à la confidentialité pour tout ce qui concerne le patient doit être respecté .

- **L'égalité** devant les soins, le droit pour chacun à l'accès du service hospitalier quels que soient *leur origine, leur sexe, leur situation familiale, leur âge, leur état de santé, leur handicap, leur opinion politique, syndicale, philosophique ou religieuse* est affirmée : il s'agit de garantir le droit à l'égalité de l'information pour tous concernant aussi bien l'état de santé, les possibilités de prestations que les actes effectués.

- **La liberté** : le droit de participer aux décisions qui le concernent, de choisir de se faire soigner ou non, d'accepter ou de refuser une intervention chirurgicale, d'interrompre un traitement, de quitter ou de rester dans l'établissement hospitalier et ceci en toute liberté et connaissance de cause.
Liberté de participer ou non à une recherche biomédicale, à un enseignement ou à un dépistage, liberté de demander la *communication des informations médicales contenues dans son dossier médical* par l'intermédiaire d'un praticien.

En comparant cette charte avec la charte européenne du malade¹⁹ qui datait pourtant de 1979, nous constatons que celle-ci reprend à peu de chose près les mêmes principes que la charte européenne à laquelle a été ajouté et précisé, la prise en compte du soulagement de la douleur, la garantie des établissements de santé des traitements des soins et de l'accueil, ainsi que le droit d'obtenir les informations contenues dans le dossier médical.

¹⁹ Charte du malade usager de l'hôpital, Comité hospitalier de la Communauté économique européenne, Luxembourg, le 9 mai 1979.

Par contre **le droit d'être soigné dans le respect de sa dignité humaine qui se manifeste entre autre par la sollicitude** (comme il est précisé dans la Charte européenne)²⁰ n'est pas repris en tant que tel dans la charte française.

Il faut souligner que d'autres chartes plus spécifiques existent en France concernant l'enfant hospitalisé, (1988)²¹ et les droits et libertés de la personne âgée dépendante, (1996).²²

Depuis un demi-siècle les textes législatifs²³ se sont multipliés en lien avec le développement scientifique et plus particulièrement les sciences médicales et infirmières. Les Droits de l'homme ont été eux aussi réaffirmés sur la scène internationale à partir de nombreux textes législatifs et plus particulièrement en 1993 lors de la Conférence mondiale de l'ONU sur les Droits de l'homme a adopté de manière large l'idée de leur universalité

Si la connaissance et l'éclairage des textes législatifs sont indispensables pour connaître ses droits et ses devoirs, les lois cependant ne peuvent se substituer à la conscience et dicter aveuglément la ligne de conduite. La confrontation des situations singulières au concept d'universalité est bénéfique pour promouvoir une société humaniste et fonder une réflexion éthique.

Ce qui nous intéresse, c'est de comprendre comment la référence au cadre légal est utilisée dans le questionnement éthique et si ce cadre d'universalité est facilitateur pour trouver la légitimité d'un acte.

²⁰ Voir annexe 7

²¹ Charte rédigée par les associations européennes de EACH, 1988 diffusée en France par l'association APACHE.

²² Fondation nationale de gérontologie. Ministère du Travail et des Affaires sociales. 1996

²³ Voir textes de référence dans la bibliographie