



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

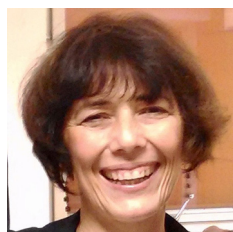
EM|consulte
www.em-consulte.com



ÉTUDE ORIGINALE

Situations de soins appelant un « travail de l'éthique »

Clinical situations requiring the help of an ethics consultant



Marta Spranzi

Marta Spranzi¹

Centre d'éthique clinique, AP–HP, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris, France

Reçu le 14 mai 2020 ; accepté le 15 juin 2020

MOTS CLÉS

Consultation ;
Éthique clinique ;
Valeurs ;
Intégrité
professionnelle ;
Proches

Résumé L'article illustre avec deux situations de soins comment l'éthique clinique peut aider à dénouer un conflit de valeur autour d'une décision médicale qu'elle soit singulière ou récurrente. L'éthique est un travail complexe qui consiste à faire ressortir les « valeurs incarnées » des personnes concernées par une décision difficile, à partir de leurs propres jugements et leurs intuitions morales. L'équipe pluridisciplinaire des consultants joue le rôle de passeur entre différents interlocuteurs, et espère faire évoluer la situation vers un « compromis intégratif ». Le philosophe en particulier peut être vu comme un « traducteur conceptuel », faisant l'aller retour entre les détails de la situation pratique et les valeurs et concepts en jeu.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Consultation;
Clinical ethics;
Values;

Summary The article explores two clinical situations, one individual and the other recurrent, and shows how a clinical ethics consultant team can hope to unravel the underlying value conflicts. Taking as a starting point the moral intuitions of concerned people, consultants will work back and forth until they can help the situation evolve towards a "integrative

Adresse e-mail : marta.spranzi-ext@aphp.fr

¹ Maître de conférence, habilitée à diriger des recherches, Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, consultante d'éthique clinique.

<https://doi.org/10.1016/j.medpal.2020.06.002>

1636-6522/© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Professional
integrity;
Family members

compromise”. The philosopher within the consultants’ team will serve as a “conceptual translator”, translating key notions into theoretical concepts, and retranslating them into new operational tools that might lead to an unwinding of the situation.

© 2020 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L’importance de l’éthique dans le domaine de la santé et des soins n’est plus à démontrer. Acteurs de terrain et chercheurs s’en sont emparés et en ont fait à la fois un instrument pour soutenir des positions souvent préalablement élaborées, et un cheval de bataille pour défendre une certaine vision de la pratique médicale : comités d’éthique, associations de patients, sociétés savantes ; ces différentes instances produisent de l’éthique par le biais de recommandations, avis, et textes de référence. Et pourtant, si évidemment nécessaire que paraît l’éthique pour le champ médical, on peut douter de son impact réel sur les pratiques. En effet, à la différence des règles de droit, qu’elles soient nationales (lois) ou professionnelles (codes de déontologie), l’éthique reste peu contraignante pour les acteurs de terrain ; elle relève davantage du domaine de l’idéal et des aspirations à un monde meilleur que de l’organisation quotidienne de la pratique médicale. La réflexion éthique permet justement aux praticiens de prendre du recul par rapport aux questions pressantes posées par les soins, et de s’échapper vers un monde plus pur et plus cohérent, loin de l’univers dur, cruel, angoissant et imprégné d’incertitude de la décision médicale et de ses déterminants techniques et scientifiques.

Les philosophes accèdent parfois cette vision de l’éthique comme une discipline à la fois surplombante, lointaine, et axée sur le général plutôt que sur le particulier : dans les comités d’éthique, voire au Comité consultatif national d’éthique (CCNE), l’éthique permet d’évaluer ou de valider des positions générales sur des questions de société : les lois de la bioéthique, l’euthanasie, les tests génétiques, l’accès à l’assistance médicale à la procréation, la stérilisation volontaire, etc. ou des recommandations relatives à l’organisation des soins. Présent dans ces instances pluridisciplinaires, le philosophe met en forme les arguments et justifie les positions prises, en renvoyant à des notions tout aussi abstraites qu’évocatrices d’un univers parallèle à la pratique, celui de la pensée dans son acception la plus systématique et générale ; on en perçoit bien l’intérêt, mais non immédiatement la pertinence.

En s’appuyant sur l’expérience de l’éthique clinique, il s’agit ici d’illustrer le rôle différent que peut jouer l’éthique au sein d’une équipe multidisciplinaire : avant d’être une activité de réflexion, aussi appliquée soit-elle, autour de la définition du bien, l’éthique est une forme de travail. À partir des « situations concrètes de soins » qu’un consultant d’éthique rencontre sur le terrain, l’éthique se déploie par le biais d’un travail méticuleux. Ce travail s’apparente

à celui d’un émissaire qui va et vient entre deux personnes appartenant à deux mondes différents, voire incommensurables. Au sein d’une équipe interdisciplinaire le philosophe joue plus spécifiquement un rôle de traducteur conceptuel. Tel un interprète de liaison, il traduit les raisons éthiques mises en avant par les différents interlocuteurs en un langage conceptuel hérité des débats théoriques qu’il connaît bien. Il retraduit et reformule ensuite les notions qu’il a mises au jour et explicitées, de façon que les acteurs puissent s’en saisir pour faire évoluer leurs positions et trouver une issue aux défis éthiques auxquels ils doivent faire face : décisions médicales difficiles ou pratiques éthiquement sensibles. Cet article montrera comment se travail et cette double traduction se déploient, en s’appuyant d’abord sur le dénouement d’une situation clinique particulière, puis sur la conclusion tirée d’une série de situations de soins récurrentes, qui ont été abordées à partir d’un protocole de recherche qualitatif d’éthique clinique.

« Situations de soins » et consultation d’éthique clinique

De quoi s’occupent les professionnels de santé ? D’une maladie, certes incarnée dans un malade, d’un « cas » – une instance particulière d’une affection clinique –, et d’une personne qui est à la fois un être humain au sens biologique du terme et le porteur d’une histoire personnelle et d’une subjectivité propre. Plus généralement, la réalité médicale est faite de « situations », mouvantes et imprécises dans leurs contours. La métaphore spatiale (« situs » signifie « lieu ») renvoie à un ensemble d’éléments disparates qui coexistent et évoluent dans un espace donné. Cet espace n’est pas un simple contenant vide, mais un réseau complexe de relations entre plusieurs acteurs (patient, proches, soignants), plusieurs gestes médicaux au sens large du terme (interventions, traitements, information) et différents éléments du contexte (psychologiques, sociaux, émotionnels). Ces situations de soins échappent parfois aux règles et attentes relatives au bon fonctionnement de la prise en charge. Des événements inédits peuvent survenir : une évolution défavorable de la maladie, un blocage thérapeutique ou des incertitudes pronostiques, des tensions ou désaccords entre les professionnels, entre les patients et les proches, ou encore entre les patients et les professionnels. Tous ces éléments se coalisent parfois pour donner lieu à une situation explosive : l’intervention d’un tiers impartial peut être nécessaire pour sortir de l’impasse, permettre à la situation

d'évoluer favorablement, en aidant les parties prenantes à identifier une « bonne » ou « moins mauvaise » décision et à retrouver une relation harmonieuse.

La consultation d'éthique clinique est un outil qui a désormais fait ses preuves. Né aux États-Unis dans les années 1980, le dispositif s'est étendu en Europe, et plus récemment en France [1–3]. Le Centre d'éthique clinique de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, fondé en 2002 à la suite du vote de la loi des droits des patients (Loi Kouchner) par le docteur Véronique Fournier, a été pionnier dans la mise en place d'un dispositif complexe d'accompagnement de la décision médicale éthiquement difficile [4,5]. Il repose sur trois piliers que sont l'identification des conflits de valeurs sous-jacents, la valorisation de la voix de toutes les personnes concernées – professionnels de santé, proches, et surtout patients, qui sont remis au centre du questionnement – et un travail pluridisciplinaire au sens fort du terme ; en effet, l'équipe de consultants inclut non seulement différents professionnels de santé mais aussi d'autres profils : sociologues, philosophes, juristes, représentants de la société civile, etc. Le premier pilier suppose une conception « heuristique » de l'éthique, dans laquelle il ne s'agit pas de déterminer comment réaliser un bien prédéfini, ou de développer les vertus considérées comme nécessaires à l'exercice soignant – l'écoute, la patience, la transparence –, mais plutôt de rechercher où se situe le bien dans une situation particulière et en mettant au jour et en arbitrant les conflits de valeurs qui sont bien souvent sous-jacents à toute décision éthiquement difficile [6]. Le deuxième pilier suppose que tout le monde est un sujet moral et peut donc penser et dire l'éthique, sans l'avoir préalablement apprise de façon académique. Contrairement à une opinion répandue, ce que peuvent exprimer des personnes concernées par une décision médicale n'est pas nécessairement déprécié par un conflit d'intérêt. Au contraire, nous nous devons de leur faire confiance précisément parce que, étant plongées dans une situation souvent dramatique, ces personnes développent une expertise éthique robuste qui résulte d'un processus d'analyse critique aussi bien interne (elles ont spontanément considéré et mis en balance entre elles plusieurs options) qu'externe (elles ont entendu et évalué des arguments différents suggérés par d'autres).

Le troisième pilier, la pluridisciplinarité, reflète un parti pris fondamental : que le bien que l'on recherche pour le patient ne peut pas être réduit à un bien exclusivement médical. Au contraire, son identification dépend à la fois de la façon dont la maladie s'intègre dans la vie du patient, et plus largement de l'état des débats sociétaux en cours, et de la façon dont ceux-ci structurent à la fois les intuitions et les choix individuels. Par exemple, le débat impossible sur « les vies qui valent la peine d'être vécues » qui entoure les décisions de limitation et d'arrêt de traitement montre clairement qu'une réponse adéquate à cette question impose de prendre en compte un nombre très important de variables, à la fois individuelles et psychologiques, mais également collectives et sociétales.

Explorons de façon plus précise deux situations cliniques qui nous serviront de fil conducteur pour illustrer le rôle du consultant : la première est singulière, et la deuxième est « récurrente », c'est-à-dire que sans être « générale » – on peut douter de l'existence de situations générales – elle se reproduit de façon similaire dans plusieurs cas

particuliers. Nous verrons ensuite comment concrètement peut se déployer un « travail de l'éthique » de façon constructive, et quel rôle peut y jouer un philosophe. La première situation clinique est celle d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé, hospitalisé à plusieurs reprises pour des fausses routes qui provoquaient des pneumopathies d'inhalation à répétition. Hospitalisé dans un service de gériatrie aigu, un jeûne strict lui a été prescrit, avec une simple hydratation sous-cutanée. Originaire du Maghreb, le patient avait une famille nombreuse et très présente qui le nourrissait avec les mets traditionnels qu'il avait toujours aimés. Les proches s'opposaient donc au jeûne au nom de son bien-être, à la fois physique et relationnel, et au nom de son histoire passée dans laquelle la nourriture avait toujours joué un rôle important. Deux sortes de valeurs s'opposaient : d'un côté la sauvegarde de la vie et l'intégrité professionnelle – ne pas donner la bouchée qui tue – et de l'autre le bien-être global du patient et les valeurs familiales. Que faire ? La deuxième situation est une situation récurrente dans des services de soins de longue durée gériatriques, où les conflits relationnels entre les proches et les aides-soignants sont non seulement courants et intenses, mais parfois inextricables. Ici aussi deux ordres de valeurs s'opposaient : alors que les proches mettaient l'accent sur l'image de ce que le patient avait été et sur ses exigences particulières, les soignants s'appuyaient sur les valeurs collectives qui animent leur travail : l'égalité entre les patients et la nécessité qu'ils éprouvent de concevoir leur travail au service du collectif.

Ces situations, qu'elles soient singulières ou récurrentes appellent une réponse, mais il faut se méfier de toute solution immédiate « clé en main », fondée sur une réflexion éthique abstraite et sur une posture normative forte qui viseraient à faire taire le questionnement et à apaiser les esprits en faisant appel à une autorité supérieure, qu'elle relève de la hiérarchie institutionnelle ou d'une instance éthique extérieure.

Consultation d'éthique clinique, intuitions morales et « valeurs incarnées »

Une réponse adaptée repose, au contraire, sur la mobilisation d'un « travail éthique » : long, complexe, fatigant, parfois inconfortable, mais collaboratif et, on l'espère, productif. La première étape de ce travail consiste à engager un dialogue critique avec chacune des personnes concernées, pour faire émerger ce qu'elles pensent de la situation et de la décision à prendre, ainsi que – et surtout – recenser les raisons qui justifient à leurs yeux la position qu'elles défendent et les engagements qui les animent. En d'autres termes, il s'agit de prendre connaissance des intuitions morales de chacun, c'est-à-dire de leurs jugements spontanés concernant l'évaluation du bien dans la situation particulière qui est la leur. Une intuition morale n'est pas un jugement passager, une simple apparence, mais « une attraction forte, ou une inclination à croire une certaine proposition donnée, qui ne dépend d'aucune inférence consciente » [7]. Mais contrairement à ce qu'on pourrait penser les intuitions morales sont loin d'être des jugements définitifs : elles sont le point de départ du travail

de l'éthique : elles donnent corps aux valeurs auxquelles chacun est attaché, et tout en étant relativement robustes, elles sont susceptibles d'évoluer sous l'effet d'un processus de discussion critique.

Dans le premier cas considéré, par exemple, le fils du patient déclarait en appui de son refus de la préconisation médicale : « Jeûner signifie mourir et en aucun cas cela ne peut être bien ». Le médecin, quant à lui, évoquait la souffrance liée aux fausses routes, et indiquait également l'importance de la responsabilité médicale et soignante face au risque vital qu'ils feraient courir au patient : « Je ne veux pas donner la bouchée qui tue ! » ; « Je dois minimiser les risques que je fais courir au patient en m'appuyant sur les données scientifiques ». Une pratique allant à l'encontre du meilleur jugement médical engage en effet la relation de confiance entre l'institution de santé et les patients, et porte atteinte à l'intégrité médicale et soignante. En d'autres termes, faire courir un risque évitable à un patient est contradictoire avec la mission confiée par la société à la médecine et à ses praticiens, et heurte le sens même de leur propre travail au quotidien : au-delà du risque juridique, cela crée chez les praticiens une forme de « détresse morale » [8]. Dans le deuxième cas, celui des situations récurrentes de difficultés relationnelles entre les proches et les aides-soignants en unité de soins de longue durée, les personnes concernées expriment également des intuitions opposées. Ainsi les proches se plaignent d'une prise en charge non personnalisée : « Je ne mets pas en cause le personnel, mais le manque d'humanité ; personne ne se dérange quand il est mal installé (...) Quand ils n'ont pas de temps ils ne le lèvent pas ». Les proches voudraient également que la prise en charge respecte l'image de la personne avec laquelle ils ont passé une partie de leur vie et qu'ils ont connu valide. Le conflit peut se cristalliser autour des habits qu'on fait porter au patient : ils sont certes plus confortables mais ils sont considérés par les proches comme peu respectueux de sa personne : « Je veux que ma femme garde un aspect humain et qu'elle soit habillée correctement. » [9]. En ce qui concerne les habits, les soignants rétorquent que les proches, en voulant être fidèles à l'image de leur bien-aimé, risquent d'infliger au patient des souffrances supplémentaires, en insistant par exemple pour qu'il porte des chemises de ville, une jupe étroite, et des chaussures serrées. Les soignants opposent à ces exigences trop personnelles et personnalisées leur souci d'équité vis-à-vis des autres patients et le caractère nécessairement distancié de leur travail : « Les familles pensent uniquement à leur proche et nous on doit penser à l'ensemble » ; et de façon encore plus incisive : « Ici tout le monde est logé à même enseigne ! » (ibid.). Ces jugements, qui expriment des intuitions morales fortes, traduisent les valeurs respectives des personnes concernées.

Selon une conception de l'éthique sous-jacente à la pratique de la consultation d'éthique clinique, ce sont les valeurs et non les règles qui guident notre vie morale : les valeurs sont des biens que l'on vise à atteindre ou à rendre opérantes par nos actions, et auxquelles nous sommes « attachés » ; les règles, par contre, nous sont imposées pour ainsi dire, de l'extérieur, et représentent les contraintes normatives auxquelles nous devons nous plier. Les valeurs sont donc des moteurs plus personnels et dynamiques de la vie morale. Plus spécifiquement,

comme le soutient le philosophe américain Joseph Raz, il faut distinguer les « valeurs incarnées » des « valeurs abstraites » (comme la vie, la liberté, la dignité, etc.) [10]. Contrairement aux valeurs abstraites, les valeurs incarnées se définissent en étroite connexion avec les pratiques, et en lien avec les raisons que les acteurs avancent pour s'engager dans une série d'actions. Elles n'influencent pas notre vie morale en étant une simple référence lointaine d'actions possibles, mais « en étant reconnues (.), respectées et en suscitant un engagement » (ibid. p. 28). On peut ainsi reconstituer les valeurs incarnées qui sous-tendent les jugements exprimés par les protagonistes des deux situations auxquelles on a fait référence. Dans la première situation, on peut identifier ainsi les valeurs incarnées qui animent les personnes concernées : alors que les proches entendent promouvoir « une présence affectueuse et solidaire », le discours des soignants met en avant l'importance d'un « travail consciencieux ». Quant aux valeurs incarnées des personnes impliquées dans les situations récurrentes de difficultés relationnelles dans les services de gériatrie, les proches mettent l'accent sur l'importance de l'« attention », du « soin personnalisé », ainsi que du « - maintien de l'identité passée du patient ». Les soignants pour leur part, visent par leurs actions à réaliser un « partage équitable des soins », et à trouver une « juste distance » par rapport au patient. Cette distance leur permet de répondre aux exigences particulières exprimées par le patient et ses proches sans risquer d'empiéter sur la prise en charge des autres patients et de créer ainsi une forme d'injustice.

Comment trouver une issue à ces situations de soins où s'expriment des positions non seulement différentes mais également contradictoires, et qui sont susceptible de mener facilement du désaccord au conflit de valeurs, voire à un conflit ouvert ?

Conflit de valeurs, philosophie et traduction conceptuelle

Le conflit de valeurs doit être identifié et reconnu comme constitutif de toute situation éthique, plutôt que comme un obstacle à éviter. En d'autres termes, le pluralisme moral est irréductible : sans pouvoir le démontrer, certains philosophes adoptent cette vision de la vie morale pour des raisons qui sont elles-mêmes éthiques : un monde dans lequel la différence entre des visions fondamentales des fins de toute activité humaine ne serait que provisoire, perdrait en richesse et en intérêt. Comme l'écrit un de ces philosophes foncièrement pluralistes : « La moralité a sa source dans le conflit, dans l'âme divisée et dans les exigences contraires, et dans le fait qu'il n'existe pas de chemin rationnel qui mène de ces conflits à l'harmonie et à la garantie d'une résolution, et à une conclusion normale et naturelle. » [11]. Si il en est ainsi, le conflit restera opérant, même quand une solutions pratique aura été trouvée : ce qu'on appelle en philosophie un « résidu moral » – un malaise résiduel dû au fait qu'une des contraintes éthiques en présence n'a pas pu être respectée – reste présent chez tous les acteurs, et donne au dilemme initial une dimension existentielle très prégnante. Du point de vue pragmatique un conflit de valeur peut même être productif : le conflit,

écrit Georg Simmel en 1908, est un élément essentiel de la socialisation, et permet « toute la vivacité et la cohésion organique d'une réunion de personnes » [12]. Toutefois, s'il en est ainsi, le consensus, ou la convergence naturelle des opinions opposées, est non seulement un idéal inatteignable mais également un objectif trompeur, qui risque d'étouffer la dimension éthique d'une situation de soins.

Comment donc envisager une issue à une situation de désaccord et de conflit en partant des valeurs incarnées des uns et des autres, sans pour autant court-circuiter la discussion éthique en faisant appel à des normes universelles et contraignantes ? Et comment envisager dans ce contexte le rôle du consultant ? Voici quelques enseignements de la pratique de l'éthique clinique. Premièrement, il faudra aborder le conflit de valeurs avec un *a priori* favorable et une attitude adaptée : « Au lieu de voir le conflit comme une bataille à perdre ou à gagner, les parties le voient comme un problème collectif qu'il s'agit de résoudre. » [13]. Le consultant, en tant que tiers impartial, peut donc aider à créer les conditions pour une discussion apaisée, ce qui aboutira au respect réciproque de positions mutuellement incompatibles.

Deuxièmement, le travail du consultant, qu'il aborde des situations de soins singulières ou récurrentes, nécessite une implication forte, un « engagement » (*commitment* en anglais) vis-à-vis de tous les acteurs, qu'ils soient professionnels de santé, patients, ou proches : les valeurs et les positions qu'ils mettent en avant doivent être compris, respectés, et considérés comme légitimes, du moins *a priori* [14]. Le cas échéant, la position de certains, notamment celle du patient, doit être rehaussée au niveau de celle des autres de façon à compenser d'éventuelles contraintes institutionnelles qui font que certaines « voix » seraient moins audibles que d'autres.

Troisièmement, le conflit de valeurs sous-jacent ne peut pas être résolu ; il est souvent impossible de trouver un consensus qui mènerait à une convergence naturelle des points de vue. Il s'agit davantage de reconnaître le *dissensus* en tant que tel, et d'aider les parties à trouver le chemin pour atteindre ce que certains appellent un « compromis intégratif » entre les différentes valeurs en présence, tout en restant ouvert par rapport à la décision concrète qui pourrait se dégager [14]. Il s'agit là d'un compromis qui n'est pas fondé sur l'abandon de, ou le renoncement à, une partie des valeurs de chacun, mais sur la reformulation et l'enrichissement des positions de départ. Le but est que chacun puisse, dans la mesure du possible, reconnaître dans l'issue finale des éléments importants de sa propre position et des valeurs qui lui tiennent à cœur. C'est le rôle du consultant d'aider les personnes concernées à se « hisser à la hauteur » de différentes valeurs et contraintes en jeu, sans en éliminer aucune, pour utiliser la belle formule d'Onora O'Neill, philosophe kantienne contemporaine [15].

Comment la consultation peut-elle exercer ce rôle décisif ? Nous avons vu que les consultants utilisent l'éthique comme un outil, et non comme un objectif prédéfini à atteindre : selon la conception heuristique de l'éthique sous-jacente à la pratique de la consultation, il s'agit justement de mettre en œuvre une démarche susceptible d'aider les parties à « trouver » le bien, et non d'envisager le meilleur moyen de l'atteindre. De ce point de vue le rôle

du consultant n'est pas celui d'un médiateur, qui œuvre à identifier une solution médiane qui serait susceptible d'être acceptée par toutes les parties prenantes à la décision. Plus modestement, le consultant peut être considéré comme une sorte de passeur qui fait des allers-retours entre les arguments éthiques des uns et des autres. Il rend possible une compréhension mutuelle des raisons échangées, il favorise la reconnaissance de leur légitimité et il permet idéalement aux différentes parties concernées par le conflit de valeur de sortir par le haut, pour ainsi dire, et évoluer vers un « compromis capable de sauvegarder au maximum les valeurs de chacun. Au sein de l'équipe des consultants, le philosophe joue le rôle spécifique de « traducteur conceptuel » : des intuitions exprimées sur le terrain vers des concepts abstraits, et de ces concepts vers l'identification de nouvelles valeurs incarnées pour aboutir enfin à une décision concrète. Il permet ainsi de mieux saisir le sens des concepts qui figurent dans les jugements intuitifs exprimés par les différentes parties, d'explicitier les inférences qu'ils impliquent, et de montrer la façon dont ces jugements pourraient évoluer afin de mieux prendre en compte les valeurs des autres.

Reprenons les exemples donnés plus haut. Dans la situation singulière, les soignants intègrent le fait que le risque de décès n'est pas si grave étant donné que le patient se trouve dans une situation de fin de vie : les raisons mêmes que faisaient qu'on avait institué le jeûne stricte – le risque de décès pour le patient – perdent donc de leur pertinence. Dans sa traduction concrète cette « explication » conceptuelle, permet aux soignants de justifier à eux-mêmes le fait de faire prendre un risque au patient, qui se trouve, sinon dans une situation de fin de vie, à la fin de sa vie : une approche palliative est donc tout à fait justifiée. Par ailleurs l'« intégrité soignante » qui empêchait les soignants de donner au patient la « bouchée qui tue », peut être relativisée en considérant qu'il relève aussi de leur devoir d'éviter que ce soit les proches qui soient obligés de prendre la responsabilité de le faire. Du point de vue conceptuel, on peut considérer qu'une notion inclusive d'intégrité professionnelle implique la prise en compte de l'intégrité des autres [16], et donc comprend une forme de solidarité avec les proches.

Le même type de traduction conceptuelle à lieu dans le cadre de la situation récurrente de conflit relationnel entre les proches et les aides-soignants en gériatrie. Nous avons vu que les soignants mettent en avant la dimension collective inhérente à leur travail et l'attachement fort à une notion de justice entendue comme égalité stricte : le fait de donner à chacun la même chose (la même attention, le même temps, les mêmes soins...). Cela limite leur disponibilité à répondre à des exigences individuelles des patients, telles qu'elles sont perçues par leur proches, et leur enjoint de s'en tenir et à une « juste distance » par rapport aux patients considérés individuellement, c'est-à-dire à une vision détachée de leur travail. Or, il est possible de conceptualiser autrement la dimension collective des soins et infléchir une notion d'égalité stricte en mettant l'accent à la fois sur l'équité – « donner à chacun selon son besoin » –, et sur la légitimité de développer des relations de soins personnalisées et de cultiver une « juste proximité » avec le patient au lieu d'une « juste distance ». En ce qui concerne les proches,

qui mettent souvent en avant les exigences particulières de « leur » patient, on peut montrer que ce souci légitime n'est pas incompatible avec la *reconnaissance* du travail soignant. Au contraire, l'expression de cette attitude permettrait de promouvoir la dimension émotionnelle de la justice, en évitant chez les soignants un « sentiment d'injustice ». Le combat des uns rejoint donc celui des autres : à partir d'une explication des raisons du conflit entre les proches et les aides-soignantes, les arguments exprimés en termes de justice et le conflit entre la dimension individuelle et la dimension collective peuvent être expliqués, explicités et retraduits de façon à permettre la construction d'une voie commune.

Conclusion

Dans les deux cas, en explicitant les valeurs incarnées mises en avant par toutes les personnes concernées par une situation de soin, les consultants peuvent réussir à mettre au jour leurs dimensions cachées, faire évoluer la compréhension que les uns et les autres ont de la situation, et susciter un nouvel engagement de la part des différentes parties concernées. La démarche se traduit potentiellement par une meilleure gestion et une évolution du conflit de valeurs qui peut entraîner indirectement une modification des pratiques. Alors que les consultants jouent le rôle de passeurs dans des situations de conflit de valeurs souvent présents dans les situations de soins, et permettent d'établir un « compromis intégratif » entre les valeurs des uns et des autres, le philosophe de l'équipe peut contribuer à l'émergence d'une nouvelle perspective en effectuant un travail de double traduction : de la pratique à l'explication et à l'explicitation des concepts, en passant par les raisons exprimées par les personnes concernées ; et en retour, en traduisant les nouveaux concepts enrichis et modifiés pour qu'ils puissent s'incarner dans la pratique : « En ce sens, la philosophie n'est ni le fondement ni le juge des autres disciplines, mais leur servante, qui s'attache à faire émerger les engagements substantiels qui sont implicites dans les concepts qu'elles utilisent » [17].

Protection des droits des sujets humains et animaux

Sans objet.

Financement

Ce travail n'a bénéficié d'aucune subvention spécifique émanant d'organismes de financement publics, commerciaux ou à but non lucratif.

Contribution et responsabilité des auteurs

L'ensemble des auteurs attestent du respect des critères de l'International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) en ce qui concerne leur contribution à l'article.

Consentement éclairé et confidentialité des données

Sans objet.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt.

Références

- [1] J Clin Eth 2011;22 [numéro spécial].
- [2] ASBH. Core competencies in health care ethics consultation. 2^e edition Glenview, IL: American Society for Bioethics and Humanities; 2011.
- [3] Pederen R, Hurst S, Schildman J, Schuster S, Molewijk B. The development of a descriptive evaluation tool for clinical ethics consultations. Clin Eth 2010;5:136–41.
- [4] Fournier V. Strengths and limitations of considering patients as ethics 'actors' equal to doctors: reflections on the patients' position in a French clinical ethics consultation setting. Clin Eth 2009;4:152–5.
- [5] Fournier V. Le Bazar bioéthique. Paris: Robert Laffond; 2010.
- [6] Spranzi M. Le travail de l'éthique. Bruxelles: Mardaga; 2018.
- [7] Sinnott-Armstrong W. Framing moral intuitions. In: Knobe J, Nichols S, editors. Experimental philosophy. Oxford: Oxford University Press; 2008.
- [8] Spranzi M. When patients' values challenge professional integrity. Perspect Biol Med 2016;59(3):326–36.
- [9] Spranzi M, Le Bon C, Meuris C. Les 'conflits de territorialité' en gériatrie: les enjeux éthiques. Eth Sante 2019;16:111–9.
- [10] Raz J. The Practice of Value. Oxford: Clarendon Press; 2003.
- [11] Hampshire S. Morality and conflict. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1983.
- [12] Simmel G. Le conflit. Paris: Circé; 2015.
- [13] Bellamy R, Hollis M. Consensus, neutrality and compromise. Crit Rev Int Soc Political Philos 1998;1(3):54–78.
- [14] Fournier V, Spranzi M, Brunet L, Foureur N. The 'commitment model' for clinical ethics consultations: society's involvement in the solution of individual cases. J Clin Eth 2015;26(4):286–96.
- [15] O'Neill O. Practical principles and practical judgment. Hastings Cent Rep 2001;31(4):15–23.
- [16] Calhoun C. Standing for something. J Philos 1995;92(5):235–60.
- [17] Brandom R. Reason, expression and the philosophic enterprise. In: Ragland CP, Heidt S, editors. What is philosophy? New Haven, CT: Yale University Press; 2001.