

Dr Samia Hurst<sup>1</sup>

## **Bienfaisance, non malfaisance, justice : aussi à l'avenir ?**

Respecter les valeurs qui nous importent -faire le bien, ne pas nuire, respecter nos semblables, être équitable- est un exercice face auquel les professions de la santé cumulent plusieurs types de difficultés. Ces valeurs ne sont pas toujours compatibles. Elles découlent d'une part d'un souci fondamental de faire le *bien* –d'obtenir les meilleures conséquences possibles- et d'autre part de faire le *juste* –de respecter des règles de vie.(1) La médecine nous confronte aux limites de l'existence humaines, englobant ainsi des situations très différentes de celles auxquelles nous faisons face dans notre quotidien. Les situations de conflits de valeurs y sont plus exigeantes. À défaut souvent d'être capables d'identifier la *meilleure* solution à une difficulté éthique, la *moins pire* est fréquemment celle à laquelle toutes les personnes affectées ont pu participer. C'est une des raisons de l'importance de la place du patient, presque toujours le premier dans ce type de décisions. (2) Finalement, les contraintes structurelles inhérentes aux systèmes de santé font de la résolution de difficultés d'éthiques médicale un exercice d'équilibrisme sans cesse renouvelé, qui exige une adaptation critique à des pressions changeantes.

L'avenir des applications de l'éthique médicale à la pratique clinique partage évidemment avec tous les développements futurs la caractéristique d'être hasardeux à décrire. Il est cependant possible d'esquisser certains points moralement pertinents qui semblent se dégager aujourd'hui, et d'explorer ainsi quelques difficultés susceptibles de nécessiter un soin particulier à l'avenir.

### **Evolutions plausibles**

Le rapport de l'Académie Suisse des Sciences Médicales sur 'Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers dans la pratique ambulatoire et clinique'(3) souligne certaines évolutions probables dans un avenir proche : la démultiplication des acteurs, l'augmentation du travail en réseau, bref une série de circonstances où le nombre de personnes raisonnables susceptibles d'être en désaccord autour d'une difficulté éthique augmente. Si l'importance de la délibération pour résoudre les difficultés éthiques reste inchangée, donc, sa difficulté logistique semble appelée à augmenter. Ceci n'est pas anodin, car on note simultanément une pression financière croissante attribuée à l'augmentation des

---

<sup>1</sup> Institut d'éthique biomédicale, Faculté de médecine, UNIGE ; membre de la Commission Centrale d'Ethique de l'ASSM.

coûts de la santé, et qui mène à son tour à une pression accrue pour plus d'efficacité dans la pratique clinique. Plusieurs conséquences sont possibles.

### **Fragilité éthique N°1 : délibérer et réfléchir, ça 'coûte' du temps**

La pression accrue pour l'efficacité rend le temps très précieux. Or le temps passé à réfléchir ensemble et à élaborer une solution éthiquement acceptable à un dilemme n'a pas pour résultat une issue nécessairement médicalement meilleure, mais plutôt une issue moralement plus acceptable. Il est donc difficile d'en mesurer le 'rendement' en termes de résultats cliniques. Plus la pression va vers la réalisation d'actes dont les résultats sont mesurables en ces termes, donc, plus le temps de la délibération éthique –qu'elle ait lieu en équipe et/ou avec le patient- devient difficile à ménager, et à défendre. Ceci alors même que les rôles se démultiplient dans le système de santé, rendant la délibération en réseau plus importante pour une prise en charge cohérente et respectueuse des valeurs en jeu.

### **Fragilité 2 : le singulier et le multiple**

Soigner un individu souffrant c'est écouter une subjectivité différente des autres. C'est inscrire son action dans un contexte de vie unique à cette personne. C'est reconnaître son unicité. En même temps, soigner cette personne c'est aussi avoir à cœur de pratiquer une médecine scientifique, fondée sur les principes de l'*Evidence-Based Medicine*. C'est donc appliquer des connaissances issues de données collectives. C'est comparer ses décisions aux décisions de ses confrères, à des directives générales. C'est reconnaître les points communs de nos corps, de nos maladies.(4)

Cette tension entre le singulier et le multiple est un des cœurs de l'art médical. Ces deux dimensions doivent *coexister* pour permettre une pratique à la fois efficace et humaine de la médecine. Or, parmi les évolutions plausibles du système de santé, plusieurs sont susceptibles de déséquilibrer cette coexistence. La reconnaissance croissante de l'importance de la dimension populationnelle se traduit par un souci accru de standardisation des prises en charge et des formations, ainsi que par le développement de *guidelines* cliniques fondées sur des preuves et de *clinical pathways*. La reconnaissance croissante de l'importance de la dimension individuelle se traduit par une individualisation de la prise en charge, une diversification de l'offre, parfois un certain consumérisme. Chacune de ces dimensions peut devenir problématique si elle cesse d'être équilibrée par l'autre. Et cette mise en balance, à nouveau, 'coûte' du temps.

### **Fragilité 3 : la stratification sociale**

Les questions abordées jusqu'ici relèvent principalement du souci de *faire le bien* et de ne *pas faire de mal*. Mais un système de santé doit également reposer sur un souci d'*équité* et de *solidarité*. C'est le signe d'une société qui se soucie de tous ses membres, y compris les plus vulnérables. Nous reconnaissons un droit à chacun d'avoir accès à des soins de santé. Le « meilleur niveau de santé atteignable » est d'ailleurs reconnu comme un droit fondamental par l'OMS.(5) La santé est un pré requis indispensable pour que chacun ait des chances équitables d'avoir une vie bonne.(6) La solidarité et l'équité de notre système de santé nous offrent à tous davantage de sécurité. Seule, je suis à la merci d'une maladie soudaine et chère à traiter. Avec mes concitoyens, ce risque est amorti car partagé. Nous ne savons pas qui va tomber malade, ni qui sera appauvri par la maladie : nous risquons donc

tous de devenir un jour victimes d'un système de santé qui désavantagerait les malades chroniques ou les pauvres. Un système de santé ne doit donc pas 'seulement' mettre l'intérêt des malades *avant* et respecter leur autonomie, il doit aussi être juste.

Une difficulté accrue à délibérer suffisamment, à mettre en commun les valeurs défendues par des personnes raisonnables en désaccord, à équilibrer la dimension singulière et la dimension populationnelle de la médecine, pourrait malheureusement avoir ici des résultats relativement prévisibles. Sous la pression du temps, il est probable que les praticiens soient tirés vers une plus grande uniformisation de leurs prises en charge dans le cas de personnes socialement défavorisées, et vers une plus grande acceptation du consumérisme en médecine dans le cas de personnes socialement favorisées. Les unes et les autres s'en trouveraient perdantes, et l'équité du système serait également mise à mal.

### **Les systèmes influencent les médecins**

Ces fragilités doivent être prises au sérieux, car nous savons que les systèmes de santé influencent la pratique des professions soignantes. Les médecins de premier recours en Suisse, en Norvège, en Italie et en Grande-Bretagne rapportent des niveaux différents de pressions sur les ressources qui leur sont disponibles, (7) et sur leur propre pratique d'allocation de ces ressources.(8) Ces deux dimensions ne sont pas parallèles. Les médecins anglais, par exemple, sont *limités par des règles* : ils rapportent plus souvent que des interventions qu'ils jugent nécessaires ne leur sont pas disponibles. De leur côté, les médecins suisses rapportent peu de rareté, mais sont en *liberté sous pression*. En conséquence, ils prennent nettement plus souvent eux-mêmes la décision de limiter des traitements coûteux ou moins utiles.(7)

On pourrait bien sûr discuter de la valeur relative des deux structures esquissées ici pour ces deux systèmes de santé. C'est même important de le faire. Mais le point important ici est que les pressions et les limites inhérentes aux différents systèmes de santé deviennent le contexte dans lequel se déploient les difficultés éthique de la médecine. Ces systèmes ont une influence sur la capacité des soignants à maintenir une pratique équitable. Dans les quatre pays étudiés, les médecins interrogés rapportent des situations où des personnes appartenant à des groupes traditionnellement perçus comme vulnérables ont moins d'accès aux soins dont ils ont besoin.(7) Ce n'est malheureusement pas surprenant : en cas de pression accrue, on doit s'attendre à ce que le tissu du système de santé cède davantage là où la résistance est moindre.

### **Faire le bien, ne pas faire de mal, respecter les personnes, être équitable : aussi demain**

L'importance des valeurs qui sous-tendent l'éthique médicale n'est pas affectée par ces évolutions, ni par ces fragilités. Comme l'Académie le souligne d'ailleurs, 'L'élément clé restera cependant inchangé : il existera constamment des personnes souffrantes qui auront besoin d'aide (...)'. (3) Mais l'application de ces valeurs pourrait nécessiter des efforts différents, peut-être parfois plus importants, et en tout cas des adaptations à des circonstances changeantes.

Certains devront être consentis par les soignants, et par ceux qui les forment. On sait par exemple que défendre l'équité dans leur pratique est important pour les médecins suisses, mais que cela ne va pas de soi. (9) Défendre le temps nécessaire à prendre une bonne décision n'est pas non plus une chose simple, surtout si cette sorte d' « intervention » n'est

pas sur le radar. Pour les aider à faire mieux, l'articulation, la défense, l'élaboration, et la participation à l'évolution des valeurs de la médecine devrait faire partie de la formation de toutes les professions soignantes, à toutes ses étapes. Il ne s'agit pas là uniquement de leur enseigner l'éthique clinique en tant que telle, mais aussi de continuer d'intégrer cette dimension dans d'autres aspects de leur formation.

Une partie des risques énoncés ici ne relèvent cependant pas d'eux. Certains peuvent mettre à mal les difficiles équilibres que doit permettre un système de santé : garantir à la fois l'efficacité et l'équité, par exemple. Mais aussi soigner une population en se dotant de règles claires, en suivant les conclusions des grandes études, en rendant les soins plus systématiques et donc moins risqués ; et en même temps permettre que soient respectées les variations individuelles, et que les personnes malades soient vues et respectées comme des individus lorsque leur identité est atteinte par une maladie. Lorsque ces équilibres sont rompus, il est illusoire de penser que les efforts des professionnels seuls seront suffisants à maintenir le respect des valeurs de l'éthique clinique. Certes, ils peuvent partiellement les redresser. C'est d'ailleurs implicitement sur cela que comptent les systèmes de santé qui pensent pouvoir substituer la pression sur les soignants à des décisions plus explicites en matière de priorités dans la santé. Mais ce redressement n'est possible que jusqu'à un certain point. Ultimement, des décisions démocratiques qui tiennent compte de ces valeurs doivent pouvoir placer une limite à la pression.

## **Conclusion**

L'évolution du contexte dans lequel s'exercent les professions soignantes représentent un défi constant pour l'éthique médicale. Faire le bien, ne pas nuire, respecter autrui, être juste, l'application de ces composante de notre vie morale à la pratique clinique est en constante évolution. Les tensions fréquentes entre ces valeurs donnent lieu, lors de transformations des rôles professionnels, à des remises en questions souvent difficiles à traverser. Or, alors que notre système de santé dépend, pour son équilibre, de la capacité des soignants à défendre les fondements de leurs professions, cette capacité va d'autant moins de soi que ces valeurs sont souvent difficiles à articuler. Pour protéger les aspects éthiques de leurs professions à l'avenir, les soignants doivent être en mesure de les expliciter et d'assumer les tensions qui leur sont inhérentes, afin de pouvoir contribuer à leur évolution et à celle du contexte dans lequel elle se déroule. Il est également important d'éviter de trop déséquilibrer ces différentes valeurs dans la structure du système de santé.

## Références

1. Beauchamp TL, Childress JF. Les principes de l'éthique biomédicale. Paris: Les Belles Lettres; 2008.
2. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *Jama* 1992 Apr 22-29;267(16):2221-6.
3. Académie Suisse des Sciences Médicales. Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers dans la pratique ambulatoire et clinique. *Bulletin des Médecins Suisses* 2007;88(1942-52).
4. Hurst SA. Singulière multitude. *Rev Med Suisse* 2006;62:1084.
5. WHO. Constitution of the World Health Organization. 1946; Available from: [http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/constitution.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf).
6. Daniels N. *Just Health Care*. Cambridge, New York: Cambridge University Press; 1985.
7. Hurst SA, Forde R, Reiter-Theil S, Slowther AM, Perrier A, Pegoraro R, et al. Physicians' views on resource availability and equity in four European health care systems. *BMC Health Serv Res* 2007 Aug 31;7(1):137.
8. Hurst SA, Slowther AM, Forde R, Pegoraro R, Reiter-Theil S, Perrier A, et al. Prevalence and determinants of physician bedside rationing: data from Europe. *J Gen Intern Med* 2006 Nov;21(11):1138-43.
9. Hurst SA. *Justice at the Bedside; a Study of the Concept of Equity in Clinical Practice* (SNF 3200B0-107267/1 and 2). 2005-2009.