

Quand la médecine se pratique « la mort dans l'âme » La souffrance des soignants face au dilemme moral

Samia Hurst

Volume 13, Number 2, Spring 2001

Les morts de l'esprit

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1074463ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1074463ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

1180-3479 (print)

1916-0976 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Hurst, S. (2001). Quand la médecine se pratique « la mort dans l'âme » : la souffrance des soignants face au dilemme moral. *Frontières*, 13(2), 81–85. <https://doi.org/10.7202/1074463ar>

Article abstract

Caregivers in hospital practice are faced with moral dilemmas that can lead them to betray their personal values. Authority can deny them the status of moral agent. Lack of both time and sleep can prevent them from recognizing these values in complex situations or even from thinking critically. Insoluble dilemmas make self-betrayal inevitable. This way of “dying to oneself” also includes the temptation to deny either reason or emotions a role in ethical decision-making. These risks are described from a hospital physician’s perspective and a few possible ways of diminishing them are outlined.

Résumé

Les dilemmes moraux rencontrés dans la pratique hospitalière peuvent amener les soignants à trahir des valeurs qui leur sont précieuses. C'est une façon de mourir à soi-même. Elle inclut l'instrumentalisation face à un ordre donné, la trahison de valeurs personnelles non reconnues en situation par manque de temps, l'abandon de l'esprit critique en état crépusculaire, la perte de l'intégrité lors de « choix tragiques » et le refus soit de l'émotion, soit au contraire de la raison lors d'une prise de décision. Ces risques sont nommés avec un éclairage provenant de la pratique clinique et des pistes sont proposées pour les amoindrir.

Mots clés : *éthique – souffrance des soignants – épuisement professionnel – conscience*

Abstract

Caregivers in hospital practice are faced with moral dilemmas that can lead them to betray their personal values. Authority can deny them the status of moral agent. Lack of both time and sleep can prevent them from recognizing these values in complex situations or even from thinking critically. Insoluble dilemmas make self-betrayal inevitable. This way of "dying to oneself" also includes the temptation to deny either reason or emotions a role in ethical decision-making. These risks are described from a hospital physician's perspective and a few possible ways of diminishing them are outlined.

Key words : *ethics – caregivers' burnout – conscience*

Quand la médecine se pratique

« la mort dans l'âme »

La souffrance des soignants face au dilemme moral

« ... FATALEMENT, LES DISPOSITIONS D'UNE ÂME DEVIENNENT AUTRES AVEC LA NATURE DE L'EXISTENCE... »

– PLATON, *LA RÉPUBLIQUE*¹

« (DANS CETTE SITUATION)... POUVONS-NOUS RÉELLEMENT NOUS PERMETTRE LE LUXE ÉGOÏSTE DE RESPECTER DES PRINCIPES MORAUX ? »

– YES PRIME MINISTER, BBC

Samia Hurst,

médecin, interne des Hôpitaux universitaires de Genève. Ce travail a fait l'objet d'un mémoire en vue de l'obtention du Certificat d'éthique clinique du Centre interfacultaire de gérontologie, Genève.

La pratique de la médecine est une activité à risque. Depuis l'apparition de maladies infectieuses incurables, depuis que certains patients sont dangereux, depuis que notre rythme de vie est tout sauf sain, c'est-à-dire depuis très longtemps, nous le savons tous. Si le risque physique est immédiatement apparent, des risques d'atteintes mentales comme la dépression ou l'épuisement professionnel sont également présents. Un des facteurs qui peuvent y contribuer est le sacrifice ou la perte de valeurs personnelles². Face à un dilemme

moral ou à un « choix tragique » qui ne sera peut-être pas reconnu comme tel sur le moment – les situations que nous vivons peuvent nous amener à trahir des valeurs que nous ressentons par ailleurs comme importantes. Dès le moment où nous les percevons comme une partie de notre identité, c'est une souffrance que cette trahison. C'est la perte d'une part de notre esprit. On peut mourir ainsi à soi-même, peu à peu, dans le quotidien hospitalier.

Il serait hors sujet que de vouloir porter un jugement sur les différentes valeurs qui peuvent être en présence dans de telles situations. Les quelques réflexions qui suivent (un peu noircies pour l'occasion), seront utiles si elles permettent – parfois – de clarifier une souffrance qui n'est que trop fréquente.

ÉCLAIRAGES

L'existence hospitalière contient des rencontres inattendues qui peuvent effectivement nous changer. Elles ont des visages et une histoire. Il faut peut-être commencer par en raconter quelques-unes :

Au milieu d'une nuit, une vieille femme agonisante implore de son regard encore un peu de vie, un peu moins de souffrance, alors que tout ce qui peut la soulager risque aussi d'abrèger ses jours.

Cet homme, dont la souffrance physique le pousse au suicide, n'acceptera des soins palliatifs que si je consens à l'aider à mettre fin à ses jours s'ils échouent.

Dans une chambre voisine, une femme a dû être contenue physiquement et chimiquement il y a quelques jours pour une agitation dangereuse causée par un sevrage alcoolique. Elle s'est beaucoup débattue et nous avons dû lui faire violence.

Ma collègue a dû pratiquer un avortement pendant un stage de gynécologie. Elle était et reste convaincue qu'il s'agit d'un meurtre, mais son chef le lui a ordonné.

J'ai prescrit durant une garde une perfusion de morphine pour soulager l'essoufflement d'une patiente qui mourait d'un cancer du poumon. Elle est morte dans la nuit et la veilleuse, qui n'a rien dit sur le moment, est persuadée de l'avoir tuée.

Il ne s'agit là que d'exemples. Il y en a beaucoup d'autres. Ils font partie d'un quotidien où l'on parle beaucoup de souffrance et où l'on souffre aussi parfois soi-même. Ces histoires, dont la difficulté est morale avant d'être technique, font partie du poids de la pratique clinique et d'une partie des questionnements auxquels tente de répondre l'éthique médicale. Elles font partie de la souffrance des soignants. Elles donnent une image de ce danger de perdre ou de nier une part de soi-même dans la pratique hospitalière. Dans chacune d'entre elles, on peut laisser un peu de ce que l'on était jusqu'alors.

CONTRAINTES

Les derniers exemples illustrent l'aspect le plus traité de cette « mort de soi ». Le lien observé entre la souffrance morale et le *burnout* des infirmières est attribué entre autres à la difficulté qu'il y a à respecter sa conscience individuelle lorsque celle-ci s'oppose à des valeurs institutionnelles ou à la délégation d'un acte perçu comme problématique³. Lorsqu'un ordre est perçu comme non contestable, la conséquence en est qu'une personne est considérée comme une simple exécutante de la décision d'autrui : elle peut être amenée à trahir ses valeurs en ayant l'impression de ne pas avoir d'autre choix.

L'hôpital peut offrir dans l'idéal une protection contre ce phénomène car, dans



Robert Laliberté

le meilleur des cas, le travail en équipe au sein d'une institution contient la possibilité d'une prise de décision interdisciplinaire commune où la discussion permet à chacun de se réapproprier la décision du groupe⁴. Lorsque ces conditions ne sont pas réunies, le travail en équipe transforme certains individus en instruments d'un choix auquel ils n'ont pas participé en les contraignant à agir, parfois contre leurs propres valeurs. Les réponses à un questionnaire distribué à 200 soignants dans un centre hospitalier français ont montré que 14 % des infirmières et 18 % des aides-soignantes avaient été confrontées à des actes qu'elles auraient pu considérer comme moralement récusables⁵. Dans une autre étude, sur une dizaine de

facteurs étudiés, la seule différence significative entre les professionnels souffrant d'épuisement et les autres était l'absence de pouvoir de décision⁶.

C'est là la négation de la conscience individuelle par un diktat extérieur. C'est la disparition d'une certaine forme de respect de soi, à laquelle peut être confrontée toute personne qui a, à tort ou à raison, l'impression que son avis ne sera pas entendu. Cet élément subjectif est important, car la présence réelle d'une autorité contraignante n'est pas absolument nécessaire à cette perte de l'intégrité : il suffit qu'elle soit perçue comme telle.

L'existence d'une « clause de conscience » autorisant un soignant à ne pas exécuter

un ordre qui serait contraire à ses valeurs est un élément important de protection, mais il peut être difficile à manier. Son utilisation nécessite d'une part la capacité de nommer la cause du malaise et d'autre part la conscience de la liberté que l'on a de se distancer de celui-ci. Selon les situations, son utilisation peut engendrer des tensions qui la rendront coûteuse. Elle nécessite une clarification des enjeux en présence dans une situation de stress et alors que de nombreux soignants n'ont jamais acquis de cadre conceptuel pouvant leur faciliter cette tâche. Son usage risque par ailleurs d'avoir pour conséquence une transmission de la contrainte vers un collègue, pour lequel l'acte en question ne sera peut-être pas moins problématique que pour la personne initiale. Ce ne sont heureusement pas des obstacles absolus, mais ils sont bien réels.

Le risque d'être amené à trahir des valeurs personnelles dans une situation où l'on se sent – à tort ou à raison – contraint est l'exemple le plus discuté de la « mort de soi » en milieu hospitalier. Il est clair que la reconnaissance de chacun comme agent moral individuel au sein de tous les groupes qui constituent un hôpital serait un pas vers une souffrance moindre dans bien des cas.

C'est là une première étape. En imaginant qu'elle soit réglée, le droit pour chacun de respecter ses propres valeurs suffirait-il pour permettre aux soignants de protéger leur intégrité ? Il faudrait pour cela que le « bon choix » soit clair pour chacun dans chaque situation, même en présence de dissensions entre individus. Pour plusieurs raisons, ceci n'est pas le cas.

CONTINGENCES

Tout d'abord, il est rare que le problème se présente de façon claire : il est volontiers intriqué, complexe, rempli d'éléments qui ne figureraient pas dans une histoire inventée s'il s'agissait d'illustrer le problème de façon théorique. Des éléments déterminants, par exemple la volonté préalable d'un patient inconscient ou son pronostic exact, peuvent manquer. La clarification nécessite une démarche active.

La souffrance peut commencer ainsi, avec un malaise qui ne se présente pas nécessairement et explicitement comme un dilemme moral, dans une situation où l'on ne sait simplement pas comment faire au mieux mais dont on ne nomme pas encore les enjeux. Ce malaise peut mener au questionnement éthique qui, s'il mène à une clarification et à une solution acceptable pour tous, aura permis d'améliorer la situation pour les soignants et le soigné. Mais cela ne survient pas toujours et cela prend toujours un minimum de temps.

C'est là une part de la difficulté, car le temps est une denrée rare à l'hôpital.

QU'ELLE SOIT INDIVIDUELLE OU COMMUNE,

LA PRISE DE DÉCISION DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

EST UN ART EXERCÉ SOUS LA MENACE DE PERDRE EN CHEMIN

UNE PART DE SOI-MÊME.

Son usage est soumis à une hiérarchisation des priorités dont le but n'est pas le bien du soignant. La clarification des valeurs dans une situation difficile est considérée comme utile en urgence lorsqu'elle est nécessaire à une décision touchant directement le patient. Lorsqu'elle ne change pas la prise en charge du patient, elle peut être remise à plus tard ou laissée de côté. Si la réflexion n'a pas eu lieu à l'avance, si l'on n'en prend pas le temps (qui peut être bref) sur le moment, elle n'aura peut-être pas lieu du tout.

En y renonçant, on renonce à une forme de « la vie examinée ». Celle qui, pour Socrate, aurait été la seule digne d'être vécue par un être humain⁷. C'est, là aussi, la perte d'une part de notre esprit.

Lorsqu'on en prend le temps, cette réflexion peut être faussée par l'urgence même du questionnement qui la fonde. Elle peut être hâtive et partielle. Ceci est encore aggravé par une autre carence de la vie hospitalière : le manque de sommeil. L'urgence subjective de la quête de sens et l'état crépusculaire dans lequel elle peut se dérouler peuvent conduire à l'acceptation de la première solution entrevue sur le seul critère qu'elle fait disparaître le besoin de chercher et, avec lui, la source perçue de la souffrance. Lorsque cette démarche a lieu de façon incomplète, le danger est celui de se rendre compte après coup que l'on a transgressé une ou plusieurs des valeurs que l'on perçoit comme importantes.

IMPASSES

Et si le respect de soi et la clarification des enjeux ne suffisaient pas ? Une question bien posée ne suffit malheureusement pas toujours à garantir une réponse univoque et il existe réellement des cas où il est impossible de sauvegarder toutes ses valeurs simultanément. Que faire lorsque l'obtention de la meilleure issue nécessite la transgression d'une règle ? On songe à l'avis du CCNE français sur l'euthanasie, qui aborde un problème déchirant en admettant que « face à certaines détresses... on peut se trouver conduit à prendre en considération le fait que l'être humain surpasse la règle⁸ ». On songe aussi au « privilège thérapeutique », qui autorise un médecin à cacher une partie de son état

à un patient pour lequel il estime que cette connaissance serait néfaste, et aux situations dans lesquelles on vise le bien du patient malgré lui, parfois sous la contrainte. Que faire lorsque deux règles s'opposent ? Et lorsque l'obtention de la meilleure issue est impossible et qu'il faut choisir *qui* sauver, comme dans l'allocation des organes à transplanter ?

Les exigences morales que nous nous fixons, par exemple celle d'obtenir le meilleur résultat tout en ne transgressant aucune règle, sont parfois contradictoires. Cette difficulté est encore augmentée par la diversité des regards que nous jetons sur un dilemme : quel est « le meilleur résultat » ? Quelle est l'importance de chaque règle ? Il existe inévitablement des situations insolubles dans lesquelles il devient nécessaire de sacrifier l'une ou l'autre des valeurs qui s'opposent.

Autrement dit, le choix est de savoir non pas si, mais dans quelle mesure et de quelle façon l'on va « se salir les mains ». C'est la mort d'une part de l'identité.

Cette mort-là, elle, n'est pas évitable une fois que l'on a accepté d'endosser les responsabilités qui accompagnent nos professions. Renoncer à tenter de l'éviter est peut-être aussi le prix à payer pour conserver un environnement moral qui ne soit pas totalitaire. La poursuite d'une pureté illusoire a été le levain d'idéologies effrayantes et nous en souvenir peut nous aider à renoncer à une chimère dont la quête a été si lourde de conséquences dans le passé.

Cette inévitabilité mérite certainement d'être dite, car l'aspect insoluble de certains dilemmes moraux, s'il n'est pas nommé, fait en sorte que des actes sont vécus ou peuvent être vécus comme des erreurs et entraîner des sentiments de culpabilité. Dans l'exercice de professions où l'apprentissage est partiellement basé sur l'expérience, ceci peut avoir des conséquences qui dépassent le cas initial. Une mauvaise expérience peut mener à une décision opposée, par réaction, lors d'un cas ultérieur similaire. On peut aussi être mené au contraire à imiter une décision antérieure pour renforcer une conviction fragile que l'on a bien agi. Les analogies cessent alors d'être réelles et l'on risque d'opter, dans une situation où notre

NOTRE QUOTIDIEN NOUS PRÉSENTE SOUS DIVERSES FORMES

LA POSSIBILITÉ DE LA MORT DE PARTS DE NOUS-MÊMES.

vision est faussée par une émotion qui ne lui appartient pas, pour une position choisie sur des bases imaginaires. C'est là un renoncement à l'esprit critique qu'il est important d'éviter.

Le droit de formuler ses valeurs et de les suivre est donc une liberté coûteuse. Qu'elle soit individuelle ou commune, la prise de décision dans le domaine de la santé est un art exercé sous la menace de perdre en chemin une part de soi-même. Une part de la défense de la prise de décision individuelle était d'ailleurs la possibilité qu'une seule personne en porte le fardeau, un des buts étant d'épargner les autres membres de l'équipe. Mais cet individu prenait sa décision dans une solitude assiégée. À mesure que des choix difficiles sont de plus en plus souvent faits par des équipes pluridisciplinaires plutôt que par des personnes seules, cette solitude cesse d'exister. En revanche, le nombre de personnes exposées à la détresse morale augmente.

ILLUSIONS

Face à cette détresse, plusieurs réponses existent. Deux d'entre elles sont elles-mêmes une négation d'une part de nous-mêmes et doivent être relevées ici.

La première est ce que l'on pourrait appeler la « fuite intuitive ».

Puisqu'il n'existe pas de système qui nous donne une recette de cuisine du bien-agir et nous permette de protéger à coup sûr notre intégrité à nos yeux, agissons en suivant notre sentiment profond de ce qui représente la meilleure solution de cas en cas, sans expliciter les valeurs en présence et sans s'aider de la raison raisonnante. C'est oublier que cette aide est utile même si elle est imparfaite, à la fois pour permettre un choix explicite et assumé et pour favoriser une communication claire au sein d'un groupe. Un sentiment profond est profondément individuel et comme tel il ne peut être contesté. Dans une prise de décision éthique, il est aussi pourtant la résultante d'une pesée des valeurs qui n'est tout simplement pas explicitée. Il ne s'agit à ce titre pas réellement d'une émotion incontestable, mais d'un choix fait sans que l'individu ne l'ait compris.

La réaction opposée consiste justement en une négation de l'utilité des sentiments profonds dans une prise de décision. Pour pouvoir décider dans le meilleur intérêt de nos patients dans une situation difficile, il faut garder la tête froide et agir sans se laisser influencer par d'autres éléments que la pure raison. C'est oublier que l'insatisfaction qui fonde le questionnement éthique est tout de même teintée d'émotion et que ce sont nos désirs qui nous donnent un but même si la raison peut nous aider

ensuite à l'atteindre. C'est nier que : « les fins ultimes des actions humaines ne peuvent jamais, en aucun cas, être expliquées par la raison, mais qu'elles se recommandent entièrement aux sentiments et aux affections des hommes, sans dépendre aucunement des facultés intellectuelles⁹ ». Même si les valeurs en présence peuvent être définies par la raison, leur hiérarchisation reste un jugement subjectif.

La place de l'émotion et du raisonnement dans la prise de décision éthique fait l'objet d'un débat qui dépasse largement le cadre de ces quelques réflexions. Mais quelle que soit finalement la nature de leurs interactions, la tentative d'élimination a priori de l'un de ces aspects de notre expérience dans des situations à la fois complexes et poignantes semble illusoire et dangereuse.

PISTES

L'émotion, la raison, l'esprit critique, les valeurs personnelles, la volonté, l'image de soi : ce que l'on peut être amené à trahir ou à refuser dans le quotidien de l'hôpital n'est pas rien. Nous jouons là notre être. Notre quotidien nous présente sous diverses formes la possibilité de la mort de parts de nous-mêmes. Il se peut que la souffrance qui y est liée ne soit pas entièrement évitable, mais peut-être est-il possible de l'amoinrir.

D'abord, elle ne doit surtout pas être banalisée. Avec le regard tourné vers la souffrance des autres, on a parfois du mal à reconnaître sa propre douleur, mais elle demande tout de même que l'on s'y arrête. Avec le regard tourné vers la pathologie, on a une certaine difficulté à nommer le mal-être qui accompagne une crise de conscience, mais il s'agit aussi de l'une des souffrances liées à la condition humaine.

ALORS QUE FAIRE ?

Plusieurs des problèmes évoqués plus haut sont liés au temps. Plus que de sa durée, il faudrait parler ici de son bon usage. La réflexion à l'avance, une parenthèse dans le temps disponible pour clarifier les raisons d'un choix sur le moment, le souci d'y revenir après coup au besoin, tout ceci peut faciliter la clarification d'une situation et nous aider à y sauvegarder ce qui nous semble le plus précieux. Lorsque l'urgence peut être levée temporairement, cela peut

être le premier pas pour que le temps gagné pour le patient nous serve, à nous aussi.

Dans ce but, plusieurs approches ont été proposées pour aider à la résolution de dilemmes moraux. L'une d'entre elles est basée sur l'utilisation d'un cadre de délibération visant à ne négliger si possible aucun élément pertinent de la situation examinée et à faciliter l'identification des valeurs en présence. Il en résulte des grilles d'analyse qui, si elles varient quelque peu, gardent nécessairement beaucoup de ressemblances entre elles. L'une d'entre elles, proposée par Guy Durand, comprend sept étapes : l'identification des faits cliniques et psychosociaux, la formulation par chaque intervenant de l'option qu'il/elle choisirait spontanément, l'identification des valeurs en présence, l'explicitation du problème ou du dilemme moral, l'énumération des alternatives possibles et de leurs conséquences, le retour sur l'option spontanée à la lumière de la délibération et, enfin, la décision¹⁰.

Cette approche n'est pas infaillible. Elle pose un cadre, dont la valeur dans une situation particulière dépendra en grande partie du contenu qui lui sera donné par les participants et exige que l'on reste attentif aux différents problèmes qui peuvent en découler. Eric Fuchs, tout en défendant une approche basée sur le repérage des faits suivi d'une délibération, met en lumière quelques-uns de ces dangers :

L'argumentation est un usage de la raison en vue de convaincre autrui, ou soi-même, de la validité de l'opinion qu'on défend. [...] Le risque, on le comprend immédiatement, est de faire dépendre la vérité de la capacité rhétorique de tel ou tel participant, plus doué qu'un autre dans l'art de la persuasion.

[...]

Si au stade du repérage, la perturbation de celui-ci provient d'un manque de rigueur dans l'observation, d'un manque d'objectivité, au stade de la délibération, c'est du côté de la personne elle-même ainsi que du fonctionnement interne du groupe que les obstacles surgissent. La pure rationalité argumentative est rare, le plus souvent elle est accompagnée voire perturbée par les peurs inconscientes et le manque de confiance, en soi plus encore qu'en autrui¹¹.

Le contenu donné à ces grilles dépendra encore de l'identification par les intervenants des faits et des valeurs en présence. Or, nommer les éléments moraux d'une situation clinique ne vient pas toujours spontanément, même si le temps est disponible. C'est également là qu'une amélioration de la formation à l'outillage conceptuel et à la discipline d'analyse de l'éthique clinique serait utile pour tous les intervenants. Cette préparation a de plus en plus souvent lieu durant la formation professionnelle initiale, ce qui est un progrès indéniable mais parfois insuffisant. La présence en situation clinique confronte en effet à des aspects de la complexité de la mise en pratique de l'éthique en clinique dont la préparation au préalable ne peut que difficilement tenir compte. On peut mentionner ou rappeler ici l'implication émotionnelle, le mélange des enjeux, le manque de temps, le manque ou parfois la pléthore d'informations. En dernier lieu, rappelons la difficulté qu'il peut y avoir à reconnaître un problème éthique, qui ne se présente que rarement explicitement comme tel.

Faut-il instaurer un enseignement post-gradué d'éthique clinique pour les soignants, qui leur permettrait d'analyser des situations vécues et d'exercer ce dont l'enseignement théorique ne peut pas tenir compte ? En offrant une relecture des cas, cette approche pourrait également permettre un apprentissage basé sur l'analyse détaillée tant des solutions satisfaisantes que de celles qui ne l'ont pas été.

Une autre réponse au risque d'une démarche incomplète est de ne pas rester seul. Un dilemme éthique lors d'une prise en charge hospitalière est rarement le lot d'un seul intervenant : le problème est partagé et chaque regard peut être une ressource importante. Au-delà de l'aide que cela représente, il s'agit aussi du respect que nous nous devons entre individus et entre professionnels. Rappelons-nous que les obstacles au respect de la conscience de chacun dans un groupe ne subsistent que si les membres du groupe les entretiennent.

Il est plus facile d'y voir clair si l'individu ne reste pas seul, et parfois aussi si l'équipe ne reste pas seule. La supervision peut jouer ce rôle d'espace de clarification de valeurs individuelles, mais elle n'en a pas toujours les outils et ne peut, par sa logistique, être utile qu'après coup. Le regard externe peut aussi être celui qu'offre un comité d'éthique ou un consultant. Leur rôle de formateurs peut également être utile pour favoriser une réflexion à l'avance. L'apport d'une ou de plusieurs personnes disposant d'une expérience plus importante en éthique clinique peut être utile non seulement pour

aider à la clarification des enjeux mais aussi le cas échéant pour nommer le caractère insoluble de certains problèmes.

Après être sortis de l'urgence, de la solitude et peut-être même de l'hôpital, il nous faudrait encore sortir de l'idéal. Dans les contradictions inévitables, dans le choix de la valeur à sacrifier dans ce cas, il est peut-être illusoire de vouloir garder, entier, le rêve de ne jamais se trahir. Il faudrait pour cela que nous soyons plus simples et plus uniformes. Il faudrait pour cela que nous ayons un fonctionnement totalitaire et que nous renoncions à la richesse de notre culture pluraliste. Ce serait une perte plus grande que toutes celles que nous tenterions d'éviter par là.

ET LE PATIENT DANS TOUT ÇA ?

Dans le meilleur des cas, il peut être notre guide. Si nous pouvons considérer que nous sommes fidèles au sens que nous nous donnons tant que nous ne trahissons pas celui qu'il se donne, c'est un bon début. Ce n'est qu'un début, car il y aura nécessairement des situations où sauvegarder simultanément les valeurs de ces deux individus que nous sommes ne sera pas possible.

Ce respect du sens qui est propre à un individu est au centre de l'approche narrative de l'éthique clinique, qui place au centre de la délibération l'histoire de vie du patient et le sens de ses événements particuliers. Les difficultés découlant de l'entrecroisement de plusieurs vies y sont aussi contenues :

[...] il y a non seulement une obscurité qui tient à la vie même de la personne malade mais aussi une autre prenant sa source dans les multiples lectures que font, par exemple, ses proches ou les différents professionnels de la santé. Pour y parvenir s'impose un important travail de discernement [...] La raison logique et objective ne peut accomplir seule ce travail ; l'intuition, les émotions, l'imagination sont aussi nécessaires pour percer les profondeurs de l'histoire d'une vie.

[...] Lorsque toutes les voix ont été entendues et toutes les histoires racontées, chacun prend conscience de l'amplitude humaine de ce qui est en jeu. La responsabilité est plus grande que jamais ; elle appelle à une plus grande modestie et à une plus grande imagination dans la recherche des solutions¹².

En l'absence d'une panacée de la douleur morale, il faut aussi nous rappeler que toutes les souffrances ne sont peut-être pas toujours vides de sens. La douleur physique, avant d'être le mal inutile à combattre, aura poussé la personne souffrante à rechercher

des soins qui auront peut-être amélioré son avenir. Ce sentiment douloureux qu'est le besoin de trouver une solution dans un dilemme est aussi un moteur d'apprentissage dans des situations qui reflètent des aspects effectivement difficiles de la condition humaine. Des aspects que l'on ne rencontre pas toujours avec autant d'immédiateté ailleurs. Ces problèmes sont aussi un immense défi humain et font partie de ce qui nous empêche de devenir de purs techniciens. C'est peut-être pour certains d'entre nous une partie de la raison de notre présence dans ces professions. Une partie de l'émotion qui nous y maintient.

Je tiens à remercier le Dr A. Perrier, ainsi que Mmes C. Châtelain, F. Enard et E. Merminod, qui ont bien voulu prendre le temps de relire ce texte et dont les commentaires m'ont été précieux.

Notes

- 1 PLATON, *La République*, X 618 b, La Pléiade, 1950, Traduction L. Robin.
- 2 BARR, P., «The Unknown Fear – Moral Distress», *Nebraska Nurse*, February 1992, p. 13-4. CAMERON, M., «The Moral and Ethical Component of Nurse-Burnout», *Nursing Management*, vol. 17, no 4, 1986, p. 42B-42E.
- 3 OBERLE, K. et DAVIES, B., «An Exploration of Nursing Disillusionment», *The Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 25, no 1, 1993, p. 67-75. LIASCHENKO J., «Artificial Personhood : Nursing Ethics in a Medical World», *Nursing Ethics*, vol. 2, no 3, 1995, p. 185-96.
- 4 OZAR, D.T., «Three Models of Group Choice», *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 7, 1982, p. 23-34.
- 5 MOREL, S. et CARISSIMO, O., «Soignants et fin de vie difficile : évaluation d'une souffrance globale», *InfoKara*, janvier 1998, no 49, p. 5-15.
- 6 FONTAINE, F., «L'épuisement professionnel : un deuil de l'idéal, une occasion de croissance», *Frontières*, hiver 1997, p. 35-37.
- 7 PLATON, *Apologie de Socrate*, 38 a, La Pléiade, 1950, Traduction L. Robin.
- 8 Comité consultatif national d'éthique, *AVIS sur Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie*, no 63, 27 janvier 2000, point 4.
- 9 HUME, D., *Enquête sur les principes de la morale*, GF-Flammarion, 1991, p. 214, Traduction P. Baranger et P. Saltel.
- 10 DURAND, G., *Introduction générale à la Bioéthique*, Fides cerf, 1999, p. 439-444.
- 11 FUCHS, E., *Comment faire pour bien faire ?*, Labor et Fides, 1996, p. 50-52.
- 12 DOUCET, H., *Au pays de la Bioéthique*, Labor et Fides, 1996, p 151-155.