

LA PRISE DE DÉCISION EN ÉTHIQUE CLINIQUE



*Document de réflexion du
Comité d'éthique*

Pour vous, pour la vie

Collection Éthique

La prise de décision en éthique clinique

Document de réflexion
Comité d'éthique

Marcelle Monette, rédactrice

Hôpital Maisonneuve-Rosemont
2004

La prise de décision en éthique clinique : Document de réflexion du Comité d'éthique, 2004.

Comité de rédaction

Marcelle Monette,
Conseillère en éthique et présidente du comité

Dans la même collection

- L'acharnement thérapeutique, 1994.
- La qualité de vie de l'utilisateur, 1999.
- Le respect de la confidentialité, 2002

Diffusion

Bibliothèque médicale
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
5415, boulevard de l'Assomption
Montréal (Québec) H1T 2M4
Téléphone : (514) 252-3462
Télécopieur : (514) 252-3574
Courriel : hlauzon.hmr@ssss.gouv.qc.ca

ISBN 2-921736-30-6

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 2004

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Canada, 2004

Tous droits réservés

© Hôpital Maisonneuve-Rosemont ; Comité d'éthique, 2004

CP-DGE-010

Table des matières

	Page
Avertissement.....	3
Introduction.....	5
Première partie :	
Les compétences de la personnalité morale.....	7
Deuxième partie :	
Un modèle de raisonnement éthique menant à la prise de décision.....	9
1. Reconnaître la dimension éthique d'une situation clinique.....	9
2. Faire ressortir les valeurs personnelles.....	10
3. Faire ressortir les valeurs professionnelles.....	10
4. Dégager ce qui fait problème.....	12
5. Se donner une manière de discuter et une visée communes.....	12
6. Délibérer ensemble à la recherche d'une solution équilibrée et prendre une décision optimale.....	13
7. Faire un suivi.....	13
Troisième partie :	
Application pratique du modèle de raisonnement en éthique clinique.....	14
Conclusion.....	24
Liste des membres du comité d'éthique 2003-2004.....	25
Annexe : Questions des étapes.....	26

Avertissement

Ce n'est qu'en faisant des applications pratiques d'une procédure théorique qu'on peut en montrer l'utilité et l'enseigner. Dans cet ouvrage, deux exemples illustrent notre propos. Il faut les voir ainsi et non comme des orientations privilégiées et définitives.

Dans ce document, le masculin inclut le féminin.

Introduction

La prise de décision en éthique clinique

Prendre un peu de temps pour réfléchir à un événement clinique qui suscite un inconfort moral n'est pas un luxe. Ne pas s'en occuper ou l'ignorer risque d'entraîner des actions qui ne conviennent ni aux patients et à leur famille ni aux membres de l'équipe de soins. L'intégration de l'équipe et de la famille dans la réflexion ouvre sur des perspectives auxquelles on n'avait pas pensé seul. Même si les opinions divergent, elles sont rarement irréconciliables quand elles sont échangées dans un climat de respect et de confiance mutuels.

Destiné aux professionnels de la santé de l'établissement, ce texte a pour propos **la prise de décision en éthique** clinique. Il vise à convaincre les lecteurs qu'en ne précipitant rien, en consultant l'équipe et la famille et en s'inspirant d'un modèle de raisonnement éthique, la décision est nécessairement plus équilibrée et satisfaisante.

Les composantes de ce document

Le document se divise en trois parties : la première aborde le thème des compétences de la personnalité morale, à la source du jugement et des actions éthiques. La deuxième partie présente un modèle de raisonnement éthique menant à la prise de décision. Bien qu'il existe plusieurs modèles, ils ont en commun d'empêcher les décisions hâtives (bâclées). Dans la troisième partie, le modèle de décision sera mis à contribution et illustré par deux situations : l'une a trait à la question de la contention physique et l'autre au consentement substitué.



Première partie :

Les compétences de la personnalité morale¹

Les compétences de la personnalité morale sont ancrées différemment chez les individus et leur intensité varie. Elles prennent de la force si on les reconnaît et les soutient. Distinctes des compétences professionnelles, les compétences de la personnalité morale sont indispensables au professionnel de la santé parce qu'elles l'aident à reconnaître un problème éthique relié à une situation clinique puis à s'engager à le résoudre. Nous en présentons cinq.

1. Faire preuve de *sensibilité morale* signifie être attentif aux signes verbaux et non verbaux d'inconforts ressentis ou manifestés par soi-même ou des personnes impliquées dans une situation clinique, indiquant que quelque chose interfère avec le soin du patient. L'intuition, la culture, l'expérience, l'éducation contribuent au développement de la sensibilité morale.
2. Le *raisonnement moral* implique la confrontation de ses propres valeurs et opinions à travers l'argumentation avec une autre personne. Le raisonnement moral stimule l'évolution des points de vue émis, encourage l'examen simultané de plusieurs perspectives et commande une attitude de tolérance à l'ambiguïté.
3. L'*intelligence émotionnelle* rend une personne capable de comprendre ce qui se passe à l'intérieur d'elle-même au plan des émotions et sentiments tels l'impuissance, la colère, la culpabilité, le sentiment de non respect, d'injustice, etc. Elle aide à suivre la progression de son propre inconfort psychologique ou moral et celui des autres vers la résolution du problème éthique.
4. La *motivation morale* se révèle par l'intérêt et le désir de la personne à parvenir, avec d'autres, à une décision éclairée et à s'assurer du respect de cette décision. Elle se remarque par un souci d'intégrité, de transparence, par un sens aiguisé des responsabilités.

1. Sarah Fry and Megan-Jane Johnstone. Ethics in Nursing Practice. A Guide to Ethical Decision Making, 2nd edition, Blackwell Publishing, 2002, p. 2-3.

5. Persévérer à soutenir ses convictions par l'argumentation, à écouter respectueusement celles des autres et à s'engager honnêtement dans un processus de résolution de problème éthique en clinique, relève du *caractère moral*, une espèce de force morale ou forme de courage.

Les compétences de la personnalité morale sont à la source des actions subséquentes. Elles agissent ensemble ou séparément dans l'analyse d'une situation et dans la recherche d'une solution appropriée.

Habituellement, elles se manifestent discrètement mais certainement dans un processus de raisonnement éthique que nous présentons en deuxième partie.

Deuxième partie : Un modèle de raisonnement éthique menant à la prise de décision

La documentation en éthique clinique propose plusieurs modèles de raisonnement éthique assez ressemblants. Le déroulement du processus comporte suffisamment d'étapes pour ralentir la prise de décision. De plus, il exige la collaboration de plusieurs personnes, éliminant d'emblée les actions entreprises de façon isolée.

Le modèle présenté respecte ces conditions. Il contient sept étapes cumulatives et requiert la collaboration d'une équipe. Chacune des étapes est résumée par quelques questions.

Étapes du raisonnement éthique

1. Reconnaître la dimension éthique d'une situation clinique

Généralement, une situation de soins donne lieu à des réactions subjectives verbales et non verbales de la part du patient, de la famille, de l'équipe de soins. Mais quand la situation se dégrade et qu'on entend des propos parfois contradictoires exprimant la colère, l'insatisfaction, ou qu'on sent une tension presque palpable au moment des échanges, c'est que *quelque chose ne tourne pas rond*.

À cette étape, on doit entendre ce que les personnes impliquées dans la situation ont à dire, dégager les éléments en conflit et faire ressortir les faits cliniques et psychosociaux.

Qu'est-ce qui dérange les personnes dans cette situation? Quelle est l'histoire du patient et de sa famille? Quels sont les facteurs cliniques et sociaux (tableau clinique, situation sociale, psychologique, économique, religieuse)?

2. Faire ressortir les valeurs personnelles

On doit reconnaître ses valeurs personnelles en jeu et prendre une distance critique avec elles afin d'éviter l'arbitraire. L'arbitraire étant “ cette disposition qui nous fait vouloir imposer à d'autres notre propre subjectivité comme objectivité ”². Ensuite, on cherche à connaître les valeurs du patient et de sa famille, celles des membres de l'équipe. La diversité des valeurs personnelles existe dans toute relation humaine, elle n'est pas spécifique aux situations cliniques.

Comment chacune des personnes concernées voit le problème? Qu'est-ce qui, à première vue, est irréconciliable en termes de valeurs culturelles, économiques, religieuses, etc.?

3. Faire ressortir les valeurs professionnelles

Depuis une trentaine d'années, la documentation scientifique a montré que les valeurs professionnelles et approches de raisonnement éthique des divers professionnels du soin sont différentes. Nous en dégageons les grandes lignes.

Pour Kohlberg³, l'approche du raisonnement éthique est orientée principalement vers le principe de *justice* auquel s'ajoutent le respect de l'autonomie du patient, la *bienfaisance* (la reconnaissance des meilleurs intérêts de l'autre et non de ceux de la science ou de la recherche), le choix d'un *plan de traitement approprié* à sa condition, le maintien de la *relation de confiance* avec le patient et sa famille.

Au Québec, l'*autonomie* de la personne se traduit, entre autres, par l'obtention obligatoire du consentement libre et éclairé pour tous les actes thérapeutiques⁴.

2. Guy Durand. Introduction générale à la bioéthique. Histoire, concepts, outils, Montréal, Fides, 1999, p. 428.

3. Sophie-Jan Arien. Lawrence Kohlberg : Le développement du raisonnement moral, dans :

Marie-Hélène Parizeau. Hôpital et éthique, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1995, p. 128-135.

4. Code civil du Québec, Chapitre premier De l'intégrité de la personne, articles 10 à 25, Montréal, Les Éditions Yvon Blais, 1994, p.2-7.

Le maintien de la relation de confiance ou “l’alliance thérapeutique” commande “ non pas de la condescendance à l’égard des malades mais de la gratuité dans l’agir, non pas du rendement technique mais une vie définie par le dévouement compétent ”. Être vrai, associer un savoir technique à un savoir être inspire la confiance du malade et lui permet de demeurer une personne humaine. “ L’alliance thérapeutique exprime la solidarité du patient et du médecin dans la même aventure ” ⁵ .

Pour Gilligan ⁶ , le raisonnement éthique est orienté principalement vers le maintien de *relations harmonieuses* entre les différents acteurs. En corollaires à celles-ci, s’ajoutent la *promesse de soin* sans égard au statut social du patient ou une espèce de fidélité à traiter quelqu’un, du très jeune enfant jusqu’à l’adulte en état de démence avancé comme personne unique, à la *soulager* quand elle a mal, quand l’état de santé se complique ou se détériore et à l’accompagner jusqu’au bout. La collaboration de l’ensemble des membres de l’équipe au plan de traitement s’illustre aussi comme valeur professionnelle.

Les valeurs professionnelles visent toutes le soin optimal mais, selon l’importance que chacun leur donne, elles peuvent devenir sources de tensions. Malgré cet état de faits, nous les voyons davantage en complémentarité afin d’enrichir la réflexion et non pas en opposition.

Chaque intervenant doit faire part de son point de vue avec une ouverture d’esprit et d’attrait pour le pluriel, le différent, puis faire une mise en perspective. C’est ce que le mot interdisciplinarité évoque : “ le dépassement de chaque discipline pour éclairer l’objectif commun, à savoir la meilleure décision possible, une vision éthique optimale ” ⁷ .

Qu’est-ce qui a habituellement du prix pour moi et que je ne sens pas pris en compte dans cette situation-ci? Quels sont les désaccords qui empêchent les professionnels de l’équipe de s’entendre?

5. Hubert Doucet. Au pays de la bioéthique. L’éthique biomédicale aux Etats-Unis, Genève, Labor et Fides, 1996, p. 110.

6. Carol Gilligan. Une si grande différence, Paris, Flammarion, 1980.

7. Guy Durand. Introduction générale à la bioéthique. Histoire, concepts, outils, Montréal, Fides, 1999, p. 174.

4. Dégager ce qui fait problème

Une fois les inconforts et désaccords identifiés, tous les éléments peuvent être en place pour discuter du problème. On se demande :

Quelle est la manière habituelle de traiter ou de donner des soins à des personnes atteintes de cette maladie? Quelle est la particularité qui complique la situation?

5. Se donner une manière de discuter et une visée communes

Nous avons une préférence pour une discussion qui “ donne à la subjectivité, par le biais du dialogue, des points de repères critiques qui permettent d'en exclure l'arbitraire, tout en s'inscrivant dans un souci de la recherche de la vérité objective, vérité recherchée mais toujours incertaine et provisoire ”⁸ . Le résultat de la discussion vise le consensus, c'est-à-dire “ l'accord intervenu entre des personnes pouvant participer à la discussion en toute liberté d'expression et d'opinion ”⁹ .

L'objet du consensus vise la recherche d'un équilibre :

1. entre l'autonomie du patient/famille et la bienfaisance;
2. entre les bénéfices escomptés du plan de traitement proposé ou en cours et la souffrance chez le patient, chez les membres de sa famille, chez les intervenants.

Comment trouver un équilibre entre, d'une part, les différents aspects de la situation en tenant compte des possibles conflits d'intérêts entre la famille et le patient et, d'autre part, la difficulté qu'éprouvent parfois les professionnels à distinguer les limites entre des moyens proportionnés et de l'acharnement thérapeutique?

8. Marc Audet, Jürgen Habermas : L'éthique de la discussion , dans : Marie-Hélène Parizeau. Hôpital et éthique, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1995, p. 167-175. La citation est tirée de Guy Durand, idem, p. 428.

9. Luc Bégin. Chapitre 7 : L'éthique par consensus, dans : Marie-Hélène Parizeau, Hôpital et éthique, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1995, p. 183.

6. Délibérer ensemble à la recherche d'une solution équilibrée et prendre une décision optimale

Au cours de cette étape, la sensibilité morale aide à percevoir ce qui se passe, l'intelligence émotionnelle aide à lire l'évolution de sa propre pensée et celle des autres personnes. Le caractère moral et la motivation morale se manifestent afin d'encourager l'effort à l'obtention d'un consensus et de soutenir la prise de décision. La recherche d'une solution équilibrée éloigne les décisions radicales.

Quelles sont les options de traitement, leurs avantages et inconvénients? Leurs conséquences? Quelles sont celles autour desquelles les personnes sont capables de se rallier?

7. Faire un suivi

Puisque les actions ou interventions choisies sont entreprises en fonction d'une recherche d'équilibre, il s'agit d'être attentif, régulièrement, au moindre signe de déséquilibre afin de rétablir la situation à la satisfaction de l'équipe. “ L'équilibre est un fondement de la sagesse ”¹⁰ parce qu'il préserve des positions extrêmes le plus souvent néfastes et sources de mécontentement. L'équipe interdisciplinaire se veut solidaire d'un plan de traitement et ne pas y adhérer est nuisible. Ce qui irait à l'encontre de la bienfaisance.

La situation est-elle toujours en équilibre en regard des interventions posées?

Nous avons décrit un modèle de raisonnement éthique menant à la prise de décision, faisant appel à des compétences de la personnalité morale et dont la visée commune est la recherche d'un équilibre de la situation par le dialogue. Comme ce modèle se veut pratique, nous l'appliquons à deux situations cliniques dans la troisième partie.

10. Raymond Massé, avec la collaboration de Jocelyne Saint-Arnaud. Éthique et santé publique, Les Presses de l'Université Laval, Québec, 2003, p. 386.

Troisième partie :

Application pratique du modèle de raisonnement en éthique clinique

Première situation: en regard de la contention physique (un patient, un membre de la famille du patient, une ergothérapeute et une infirmière).

Un membre de la famille d'un patient est bouleversé parce qu'une infirmière de l'unité de soins de courte durée où réside son parent lui demande l'autorisation de lui appliquer une contention physique afin de faciliter l'administration d'un antibiotique par voie intraveineuse. À deux reprises, l'infirmière a dû réinstaller l'aiguille parce que Monsieur l'arrachait. En plus, il éprouve des difficultés à marcher, de l'agitation et présente des comportements et des signes montrant qu'il souffre de problèmes de vision, d'audition, de décompensation cardiaque.

Comment faut-il réfléchir à cette situation?

1. Reconnaître la dimension éthique d'une situation clinique

Qu'est-ce qui dérange les personnes dans cette situation?

Ce qui dérange le patient, c'est le traitement incommode qui l'empêche de bouger à sa guise.

Ce qui dérange l'infirmière, c'est de savoir que l'utilisation d'une contention est un moyen de dernier recours après avoir tout essayé. Elle se demande si elle a vraiment examiné toutes les autres alternatives.

Ce qui dérange le membre de la famille c'est d'avoir à autoriser une intervention avec laquelle il est en désaccord.

En même temps, il comprend la complexité de la situation : personne ne peut se tenir continuellement aux côtés de son parent pour le surveiller.

Quelle est l'histoire du patient et de sa famille? Quels sont les facteurs cliniques et sociaux (tableau clinique, situation sociale, psychologique, économique, religieuse)?

Monsieur a toujours été, jusqu'à récemment, une personne lucide et autonome. Son état de santé actuel émousse ses capacités intellectuelles. L'autonomie permet à une personne de faire ses choix de vie. Nul ne peut les faire à sa place sans motif sérieux. Présentement, Monsieur ne semble pas comprendre la nécessité du traitement médicamenteux par voie intraveineuse. Le traitement l'incommode et il veut l'enlever.

2. Faire ressortir les valeurs personnelles

Comment chacune des personnes concernées voit le problème?

L'infirmière déteste rencontrer ce genre de situation qui la rend à chaque fois confuse à propos de la conduite à tenir. Elle n'apprécie pas d'avoir à se servir d'une contention physique. Ce qu'elle valorise par-dessus tout dans sa vie, c'est sa liberté d'agir et ne voit pas de quel droit, elle brimerait l'autonomie des patients qui sont temporairement sous ses soins. Le membre de la famille est incapable de supporter l'idée d'avoir à donner une autorisation à la contention pour son parent. D'abord, il connaît d'avance la réaction de son parent qui va devenir de plus en plus agité. Et puis, il se demande pourquoi le personnel l'implique dans cette décision au lieu de décider lui-même?

Qu'est-ce qui, à première vue, est irréconciliable en termes de valeurs culturelles, économiques, religieuses, etc.?

Ce qui est irréconciliable : l'obligation de bienfaisance du professionnel de la santé en opposition avec la perte d'autonomie temporaire de la personne.

3. Faire ressortir les valeurs professionnelles

Qu'est-ce qui a habituellement du prix pour moi et que je ne sens pas pris en compte dans cette situation-ci?

L'infirmière a la conviction d'avoir essayé plusieurs autres moyens suggérés par l'ergothérapeute, en rencontre multidisciplinaire. Elle souhaite maintenir une relation de confiance avec la famille et ressent un souci d'intégrité à ne pas appliquer une contention physique à l'insu du parent. En même temps, elle a une obligation de bienfaisance, c'est-à-dire, contribuer à la guérison de l'infection du patient. Ce qui ne semble pas pris en compte présentement, c'est le respect que l'infirmière a pour l'autonomie, en général.

Quels sont les désaccords qui empêchent les professionnels de l'équipe de s'entendre?

Supposant qu'il y ait désaccord d'opinions entre le personnel de l'équipe de soins en présence à savoir : exercer une surveillance étroite ou appliquer la contention après avoir demandé l'autorisation du parent. Le fait de surveiller étroitement inclut la possibilité que le patient arrache le soluté une troisième fois. L'application de la contention inclut l'aggravation probable de problèmes des comportements du patient. Un tel désaccord fait ressortir des valeurs contradictoires.

4. Dégager ce qui fait problème

Quelle est la manière habituelle de traiter ou de donner des soins à des personnes atteintes de cette maladie?

Généralement, le patient autonome qui reçoit une médication par voie intraveineuse n'a pas besoin de contention et ce n'est pas parce qu'une personne est temporairement confuse qu'on doit lui appliquer une contention physique pour l'administration d'un médicament intraveineux.

Quelle est la particularité qui complique cette situation?

C'est le fait que le patient arrache le soluté pour des motifs qu'on ignore : veut-il se lever pour marcher ou bien aller aux toilettes? A-t-il peur de l'appareillage et de la pompe à soluté? Comprend-il la consigne d'appeler pour de l'aide?

5. Se donner une manière de discuter et une visée communes

Comment trouver un équilibre, d'une part, entre les différents aspects de la situation tenant compte des possibles conflits d'intérêts entre la famille et le patient et, d'autre part, la difficulté qu'éprouvent parfois les professionnels à distinguer les limites entre des moyens proportionnés et l'acharnement thérapeutique?

Une discussion se tient entre l'ergothérapeute et l'infirmière sur le choix des moyens alternatifs à la contention. À la suite de l'échange, l'infirmière entrevoit quelques possibilités :

- Elle se repositionne et comprend que la recherche de bienfaisance du patient ne peut pas brimer son autonomie, sans motif sérieux; elle peut opter pour une surveillance accrue, à laquelle le personnel en présence devrait collaborer.
- Si, malgré la surveillance accrue, le patient ne collabore pas, l'application de la contention peut être une solution temporaire. L'autonomie du patient peut quand même se trouver en équilibre avec la bienfaisance si on lui dit (même s'il l'oublie) que ce moyen est comme un aide-mémoire à utiliser la cloche d'appel pour appeler. Le maintien d'une relation thérapeutique et la promesse de soin sont maintenus.

De son côté, le parent peut comprendre que la confusion peut être aggravée par l'usage de la contention mais que cette confusion temporaire n'est pas pire que la souffrance qu'il peut éprouver au fait de réinstaller le soluté. Ainsi, il y a équilibre entre les bénéfices escomptés de l'usage temporaire de la contention et la souffrance morale occasionnée au parent.

Il n'y a pas de conflit d'intérêt apparent ou réel dans cette situation.

6. Délibérer ensemble à la recherche d'une solution équilibrée et prendre une décision optimale

Quelles sont les options de traitement? Leurs avantages et inconvénients? Leurs conséquences?

Parmi les alternatives envisagées à l'étape précédente, l'application de la contention physique peut être une option acceptable, dans la situation présente, pourvu qu'elle soit de courte durée et qu'on puisse la légitimer.

Quelles sont celles autour desquelles les personnes sont capables de se rallier?

L'infirmière communique le plan de surveillance accru sur lequel tous peuvent s'entendre, le type de contention, le moment et la durée minimale de son application et les motifs qui justifient leur usage. La communication franche permet le maintien d'une confiance mutuelle.

7. Faire un suivi

La situation est-elle toujours en équilibre en regard des interventions posées?

Tant que l'option n'a pas plus de conséquences sur le patient que celles qui ont été prévues et aussi longtemps que le contrat entre le personnel et la famille se maintient sur le suivi donné et la constante réévaluation du besoin, la situation est en équilibre.

Deuxième situation : en regard du consentement substitué (un patient, son épouse, une travailleuse sociale et le neuro-chirurgien).

Un homme, âgé de 48 ans, est hospitalisé à l'unité des soins intensifs, inconscient, à la suite d'une chute au travail qui a produit une hémorragie intracrânienne. Une ponction du liquide intracrânien est indiquée d'ici quarante-huit heures afin de prévenir des complications sérieuses. Les chances de rétablissement sont bonnes.

Le neurochirurgien demande à l'épouse un consentement à l'opération. Comme le neurochirurgien ne peut garantir le retour à une condition identique à celle qui a précédé l'accident, l'épouse refuse de consentir à l'opération et même à la réanimation cardio-respiratoire si l'état de Monsieur se détériorait.

1. Reconnaître la dimension éthique d'une situation clinique

Qu'est-ce qui dérange les personnes dans cette situation?

Ce qui dérange le médecin, c'est le refus de l'épouse qui l'empêche de donner à Monsieur des soins qui lui sont requis et qui pourraient le rétablir. Ce qui dérange l'épouse, c'est l'incertitude médicale en rapport avec le rétablissement de Monsieur.

Quelle est l'histoire du patient et de sa famille?

Madame dit que Monsieur a fait plusieurs dépressions majeures au cours des vingt dernières années, avec parfois, des tentatives de suicide.

Quels sont les facteurs cliniques et sociaux (tableau clinique, situation sociale, psychologique, économique, religieuse)?

Pour le médecin, la condition physique de Monsieur peut être grandement améliorée par des moyens proportionnés et sa condition psychologique, traitable, ne doit absolument pas empêcher la chirurgie. Pour Madame, la condition psychologique de Monsieur est l'obstacle majeur à la chirurgie et même à la réanimation cardio-respiratoire.

2. Faire ressortir les valeurs personnelles

Comment chacune des personnes concernées voit le problème?

Pour le médecin, la condition de Monsieur fait partie des cas rencontrés régulièrement dans sa pratique pour lesquels il existe un traitement utile et nécessaire. Pour Madame, la chirurgie est complètement futile si le pronostic est incertain. Selon elle, Monsieur ne pourra jamais accepter une condition détériorée : “ Il avait déjà beaucoup de mal à vivre pendant qu'il était en santé et j'anticipe sa réaction s'il se voit confiné au fauteuil roulant, incapable de travailler ”.

Qu'est-ce qui, à première vue, est irréconciliable en termes de valeurs culturelles, économiques, religieuses, etc.?

Ce qui est irréconciliable, à première vue : l'autonomie de l'épouse, par consentement substitué refusé, est en opposition avec l'obligation de bienfaisance du professionnel de la santé, à moins d'adresser une demande à la Cour.

3. Faire ressortir les valeurs professionnelles

Qu'est-ce qui a habituellement du prix pour moi et que je ne sens pas pris en compte dans cette situation-ci?

Pour le médecin, c'est l'obligation professionnelle de bienfaisance qui n'est pas entendue de Madame. De plus, la dépression majeure est une maladie pour laquelle il existe un traitement médical reconnu et efficace. Pour Madame, c'est la souffrance anticipée de Monsieur, s'il se retrouverait handicapé, (et la souffrance des siens qu'ils n'ont pas encore conscientisée), qui ne semble pas entendue du médecin.

Quels sont les désaccords qui empêchent les professionnels de l'équipe de s'entendre?

Il n'y a pas de désaccord ouvert entre les professionnels de l'équipe. Toutefois, quand les infirmières discutent entre elles, à la salle de repos, elles sont sympathiques à la position de Madame : “ Si j'étais à sa place, il se pourrait que je pense de la même manière ” .

4. Dégager ce qui fait problème

Quelle est la manière habituelle de traiter ou de donner des soins à des personnes atteintes de cette maladie?

Comme il a été dit, la chirurgie est irréfutablement indiquée.

Quelle est la particularité de cette situation qui complique?

Il faut opérer rapidement sinon la compression intracrânienne risque d'occasionner des dommages sérieux et Madame oppose un refus catégorique.

5. Se donner une manière de discuter et une visée communes

Comment trouver un équilibre entre, d'une part, les différents aspects de la situation tenant compte des possibles conflits d'intérêts entre la famille et le patient et, d'autre part, la difficulté qu'éprouvent parfois les professionnels à distinguer les limites entre des moyens disproportionnés et de l'acharnement thérapeutique?

La bienfaisance (aider Monsieur à sa rétablir) est complètement discréditée par le refus catégorique de Madame (l'autonomie par un consentement substitué). De plus, les bénéfices escomptés par la chirurgie sont occultés par la souffrance anticipée. Cette souffrance anticipée est-elle celle de Monsieur ou celle de Madame également qui ne sent pas capable de soutenir moralement Monsieur, s'il se retrouvait handicapé?

Puisque Monsieur possède des assurances, comme travailleur, pourrait-on penser que Madame ait des intérêts financiers pour elle-même? Une travailleuse sociale de l'équipe de soins effectue cette vérification, le plus objectivement, auprès de la mère de Monsieur et un de ses frères qui confirment que Monsieur avait beaucoup de difficulté à vivre et que tous les membres de cette famille ont beaucoup souffert de ses dépressions. Ils soutiennent Madame dans son refus catégorique.

La manière convenue d'arriver à trouver un équilibre est d'inviter tous les membres de l'équipe à une rencontre de discussion avec les membres de la famille. Après la première rencontre où les membres de la famille ont écouté le médecin exposer son grand inconfort moral à ne pas traiter Monsieur, “ Ne rien faire, dans ce cas-ci, n'est pas de la bonne médecine, alors à quoi sert mon expertise? ” De plus, il est possible que Monsieur survive, avec une condition détériorée, et que celui-ci blâme le médecin de ne pas l'avoir opéré.

De leur côté, les membres de l'équipe ont été touchés par le désarroi de la famille devant les conséquences des dépressions de leur parent, une sympathie commune s'est développée et une visée commune a été obtenue: traiter Monsieur afin de lui donner toutes les possibilités de redevenir conscient pour qu'il soit capable de donner lui-même un consentement. Toutefois, la famille ne donne pas de consentement à la réanimation cardio-respiratoire.

6. Délibérer ensemble à la recherche d'une solution équilibrée et prendre une décision optimale

Quelles sont les options de traitement avec leurs avantages et inconvénients?

Exception faite de la chirurgie intracrânienne, tous les moyens proportionnés sont déployés.

Quelles sont celles autour desquelles les personnes sont capables de se rallier?

Après quelques jours, l'état de santé de Monsieur s'est amélioré et il est redevenu conscient. Une deuxième rencontre a été organisée entre l'équipe de soins et la famille qui a eu l'occasion d'exprimer à nouveau ses craintes devant les réactions de Monsieur. Le médecin a assuré la famille qu'il mettrait en œuvre toutes les ressources nécessaires pour faciliter la réhabilitation du patient.

L'équilibre recherché est du côté des bénéfices escomptés à consentir des efforts à la réhabilitation maximale du patient afin d'atténuer les appréhensions de la famille et leur permettre de continuer de soutenir leur parent dans l'épreuve qu'il vit.

7. Faire un suivi

La situation est-elle toujours en équilibre en regard des interventions posées?

Tant que la relation de confiance envers le médecin est maintenue, tant que la communication entre les membres de la famille et les membres de l'équipe de soins continue, la situation est en équilibre.

Conclusion

L'usage d'un modèle de raisonnement pour aider à prendre des décisions éthiques appropriées à une situation clinique est assez exigeant. Il présuppose l'atteinte d'un niveau de maturité suffisant et d'être capable de se servir de compétences de la personnalité morale, comme celles qui ont été décrites dans le présent document.

Nous croyons que l'apprentissage à travailler avec des principes éthiques se fait à mesure que le professionnel de la santé acquiert de l'expérience, tant dans sa vie personnelle que professionnelle. Les situations cliniques se déroulent bien, dans la majorité des cas, à l'hôpital. Mais, il arrive parfois des écueils.

C'est dans ces moments qu'il importe de se donner une visée commune : la recherche d'un équilibre qui peut, parfois, s'éloigner du mieux en termes de bienfaisance. Le travail en équipe interdisciplinaire complique parfois les choses mais il a l'avantage d'être un soutien puissant par le partage des expertises et la collaboration au plan de traitement. Tous en bénéficient et ne pas en tenir compte de l'opinion des collègues des différentes disciplines nuit à cette collaboration.

Nous avons proposé un modèle structuré de raisonnement éthique enraciné dans l'expérience et qui s'est révélé très aidant à l'usage. Par sa cohérence, l'outil aide à progresser dans sa propre humanité et a tendance à réconcilier les valeurs personnelles et professionnelles. Enfin, par sa recherche d'un équilibre entre des perspectives complémentaires, il contribue à mieux fonder les décisions.

Liste des membres du Comité d'éthique 2003-2004

Madame Céline Carrier

Membre désigné par le Conseil des infirmières et infirmiers

Madame Denise Gaudet

Représentante du comité des usagers de l'HMR

Monsieur Marcel Guilbault

Membre désigné par le Service de la pastorale

Madame Lise Lagacé

Juriste (substitut)

Madame Monique Marcoux

Membre désigné par le Conseil multidisciplinaire

Madame Marie-Josée Massé

Membre désigné par le Conseil des infirmières et infirmiers (substitut)

Monsieur Benoît Monette

Juriste

Madame Marcelle Monette

Conseillère en éthique et présidente du comité

Monsieur Robert Prévost

Représentant de la communauté

Docteur Daniel Racine

Membre désigné par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Madame Micheline Risler

Représentante de la communauté (substitut)

Docteur Érik Shick

Membre désigné par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

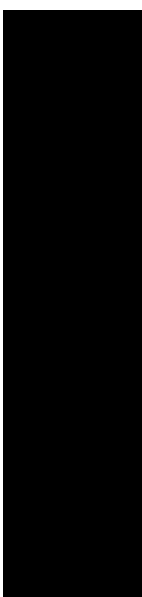
Madame Gisèle Valiquette

Représentante de la communauté

Annexe

Questions des étapes

1. Qu'est-ce qui dérange les personnes dans cette situation? Quelle est l'histoire du patient et de sa famille? Quels sont les facteurs cliniques et sociaux (tableau clinique, situation sociale, psychologique, économique, religieuse)?
2. Comment chacune des personnes concernées voit le problème? Qu'est-ce qui, à première vue, est irréconciliable en termes de valeurs culturelles, économiques, religieuses, etc.?
3. Qu'est-ce qui a habituellement du prix pour moi et que je ne sens pas pris en compte dans cette situation-ci ? Quels sont les désaccords qui empêchent les professionnels de l'équipe de s'entendre
4. Quelle est la manière habituelle de traiter ou de donner des soins à des personnes atteintes de cette maladie? Quelle est la particularité qui complique cette situation?
5. Comment trouver un équilibre entre, d'une part, les différents aspects de la situation en tenant compte des possibles conflits d'intérêts entre la famille et le patient et, d'autre part, la difficulté qu'éprouvent parfois les professionnels à distinguer les limites entre des moyens disproportionnés et de l'acharnement thérapeutique?
6. Quelles sont les options de traitement, leurs avantages et inconvénients? Leurs conséquences? Quelles sont celles autour desquelles les personnes sont capables de se rallier?
7. La situation est-elle toujours en équilibre en regard des interventions posées?



Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Adresse postale

5415, boul. de l'Assomption
Montréal QC H1T 2M4
Téléphone: (514) 252-3400

Tous droits réservés
©HMR, Comité d'éthique, 2004

CP-DGE-010
ISBN 2-921736-30-6