



REPUBLIQUE DU BENIN

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI  
(UAC)

\*\*\*\*\*

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE  
« Espaces, Cultures et Développement »

\*\*\*\*\*

Formation Doctorale Philosophie

\*\*\*\*\*

*Option : Philosophie Ethique*

\*\*\*\*\*

Thèse pour l'obtention du Diplôme de Doctorat de  
l'Université d'Abomey-Calavi

SUJET :

**LA QUALITE DES SOINS ET L'EXERCICE DE LA PROFESSION  
MEDICALE AU BENIN : PROBLEME D'ETHIQUE ET DE DEONTOLOGIE**

Réalisée par :

Isabelle Cica EKPINSOU

Sous la direction de:

**Pr. Emérite Paulin J. HOUNTONDI**  
(Université d'Abomey-Calavi)

**Pr. Titulaire Willy BONGO-PASI**  
(Université de Kinshasa)

Soutenue publiquement le 19/03/2018 devant le jury international composé de :

**Président** : KPATCHAVI C. Adolphe, Professeur Titulaire, UAC - Bénin

**Rapporteur** : HOUNTONDI J. Paulin, Professeur Emérite, UAC - Bénin

**Rapporteur** : Willy BONGO-PASI, Professeur Titulaire, Université de Kinshasa (Congo)

**Examineur** : Bado NDOYE, Maître de Conférences, Université Cheikh Anta Diop  
de Dakar (Sénégal)

**Examineur** : Vincent AYENA, Maître de Conférences, UAC- Bénin

*Mention : Très Honorable*



Notre recherche analyse un aspect particulier de la qualité des soins : la qualité des soins et l'exercice de la profession médicale au Bénin. En philosophe, nous posons le problème d'éthique et de déontologie grâce à une démarche qualitative et quantitative multidisciplinaire. En évaluant, nous voulons nous assurer que le meilleur service possible est rendu aux malades avec comme premier objectif la sécurité (« Primum non nocere »), le second est l'efficacité, le troisième est l'efficience.

Notre évaluation aboutit à l'appréciation et au renforcement de l'éthique et de la déontologie dans la pratique médicale. Notre jugement de valeur porte sur l'offre des soins de qualité aux patients. Elle est comprise non seulement comme une exigence, mais avant tout comme une nécessité pour le patient.

Notre hypothèse se confirme par le constat qu'au Bénin, les soins ne sont plus de bonne qualité. Dans nos formations sanitaires, l'éthique est placée à l'arrière-plan. Or la pratique médicale, dès son origine exige l'éthique qui, de nos jours doit se formuler par rapport aux exigences de la société démocratique qui considère que chaque individu est un sujet libre et que nous sommes égaux en droits. Elle se confronte aussi quotidiennement à l'acte médical surtout basé sur les nouvelles possibilités de la science et de la technique qui semblent parfois mettre en péril le respect et la dignité de l'être humain.

D'où la nécessité d'instauration d'une éthique clinique et d'une déontologie médicale dans les formations médicales du Bénin. Notre étude propose ainsi une nouvelle philosophie des soins au Bénin exigeant un exercice médical basé essentiellement sur des principes fondamentaux de l'éthique des soins.

\*\*\*\*\*

Our research analyzes a particular aspect of the quality of care: the quality of care and the practice of the medical profession in Benin. As a philosopher, we pose the problem of ethics and ethics through a qualitative and quantitative multidisciplinary approach. In evaluating, we want to ensure that the best possible service is given to the patients with the primary objective of safety ("Primum non nocere"), the second is efficiency, the third is efficiency.

Our evaluation results in the appreciation and strengthening of ethics and ethics in medical practice. Our value judgment focuses on providing quality patient care. It is understood not only as a requirement but above all as a necessity for the patient.

Our hypothesis is confirmed by the observation that in Benin, care is no longer of good quality. In our health facilities, ethics is placed in the background. Medical practice, from its very beginning, demands the ethics which today must be formulated in relation to the demands of a democratic society which considers that each individual is a free subject and that we are equal in rights. It is also confronted daily with the medical act, which is based above all on the new possibilities of science and technology which sometimes seem to jeopardize the respect and dignity of the human being.

Hence the need to establish a clinical ethic and a medical deontology in the medical training of Benin. Our study thus proposes a new philosophy of care in Benin requiring a medical exercise based essentially on fundamental principles of ethics of care.

A :

- ❖ mon regretté père,
- ❖ ma mère,
- ❖ mes chers enfants Merveil, Pedro et Maribelle qui me donnent la force de poursuivre,

## REMERCIEMENTS

Au moment où nous présentons les résultats de nos recherches doctorales en Philosophie, il nous est un agréable devoir d'exprimer toute notre reconnaissance envers tous ceux qui ont contribué, d'une manière ou d'une autre, à leur réalisation.

Nous exprimons notre sincère gratitude au Professeur Paulin HOUNTONDJI, Promoteur de cette thèse qui a accepté d'assurer la direction de ce travail ainsi qu'au Professeur Willy BONGO-PASI, Co-promoteur. Nos remerciements s'adressent également aux autorités de l'Université d'Abomey-Calavi et aux membres de l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines, qui ont permis la réalisation de cette dissertation.

Nos sincères remerciements s'adressent aux Professeurs Vincent AYENA et Barnabé VIGAN ; le premier pour ses encouragements et pour la reformulation de notre sujet, le deuxième pour son suivi rigoureux, ses conseils et son encouragement.

Nous sommes redevable envers Messieurs André HOUNSA, Administrateur, pour ses précieuses informations fournies pour la collecte des données, Marius BAMIGBOTCHE et Venance VODOUGBO, sans oublier Monsieur Serge MEHOUENOU pour le traitement de nos données. Nos sincères remerciements au couple Victorin et Solange HOUEDANOU, aux messieurs Calixte AFFOIGNON et Désiré AGOSSOU.

Nous nous permettons d'exprimer notre attachement à Marius AFFOIGNON, notre tendre époux et à Merveil Mouléro, Pédro Akanni et Maribelle Monrènikê, nos enfants chéris. Que tous ceux qui ne sont pas nommément cités ici et qui ont contribué à ce travail soient remerciés pour leur sollicitude.

## **PRINCIPALES ABREVIATIONS**

- AMM : Association Médicale Mondiale
- CHD : Centre Hospitalier de Département
- CNHU-HKM : Centre National Hospitalier Universitaire-Hubert Koutoukou MAGA
- CSA : Centre de Santé d'Arrondissement
- CSC : Centre Santé Communale
- F.S.S : Faculté des Sciences de la Santé
- FIVETE : Fécondation in vitro et transplantation d'embryon
- HN : Hôpital National
- HU : Hôpital Universitaire
- HZ : Hôpital de Zone
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PAC : Parents, Amis et Connaissances
- PMA : Procréation Médicalement Assistée
- UVS : Unité Villageoise de Santé

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Organisation nationale du système de santé

Tableau 2 : Liste des variables

Tableau 3 : Répartition des patients suivant le sexe

Tableau 4 : Répartition des patients suivant leur religion

Tableau 5 : Répartition des patients suivant leur niveau d'instruction

Tableau 6 : Répartition des patients suivant l'accueil du service

Tableau 7 : Répartition des patients suivant le traitement accordé

Tableau 8 : Répartition des patients suivant les préoccupations, inquiétude ou angoisses avec le médecin ou le soignant du service

Tableau 9 : Répartition des patients suivant l'écoute du médecin

Tableau 10 : Répartition des patients suivant les informations données du patient par le médecin

Tableau 11 : Répartition des patients selon les réponses reçues des médecins

Tableau 12 : Répartition des patients suivant l'option du traitement

Tableau 13 : Répartition des patients suivant la qualité du traitement

Tableau 14 : Répartition des patients selon qu'ils sont victimes ou témoins de complication

Tableau 15 : Répartition des patients suivant leur avis sur des événements sentinelles

Tableau 16 : Répartition des patients suivant leur perception sur la notion de la qualité des soins

Tableau 17 : Répartition des patients suivant leur avis sur la qualité des soins reçus

Tableau 18 : Répartition des parents des patients suivant leur religion

Tableau 19 : Répartition des parents des patients suivant leur situation matrimoniale

Tableau 20 : Répartition des parents des patients suivant leur profession

Tableau 21 : Répartition des parents des patients suivant leur réponse sur le traitement respectueux et équitable

Tableau 22 : Répartition des réponses relatives au traitement respectueux et équitable

- Tableau 23 : Répartition des parents des patients suivant la satisfaction de la prise en charge du parent
- Tableau 24 : Répartition des parents des patients suivant le traitement avec compétence
- Tableau 25 : Répartition des parents des patients en victime et en témoin de complication
- Tableau 26 : Répartition des parents des patients suivant leur avis sur les évènements sentinelles
- Tableau 27 : Répartition des parents des patients selon leur perception sur la notion de la qualité des soins
- Tableau 28 : Répartition des parents des patients suivant le commentaire de l'accueil
- Tableau 29 : Répartition des soignants suivant le sexe
- Tableau 31 : Répartition des soignants suivant leur religion
- Tableau 32 : Répartition des soignants suivant leur situation matrimoniale
- Tableau 33 : Répartition des soignants suivant le traitement et les relations avec le patient
- Tableau 34 : Répartition des soignants suivant l'obligation d'expliquer le diagnostic
- Tableau 35 : Répartition des soignants suivant l'explication sur le bien-fondé des analyses
- Tableau 36 : Répartition des soignants suivant les séquelles dues à leurs incompétences
- Tableau 37 : Répartition des soignants selon leur perception sur la notion de la qualité des soins
- Tableau 38 : Répartition des soignants suivant leur perception sur la qualité des soins administrés
- Tableau 39 : Répartition des soignants suivant le parjure de la fonction médicale
- Tableau 40 : Répartition des soignants suivant les relations avec les soignants

## **LISTE DES DIAGRAMMES**

Diagramme 1 : Pyramide sanitaire du Bénin

Diagramme 2 : Modèle conceptuel

## **LISTE DES GRAPHIQUES**

Graphique 1 : Répartition des patients suivant leur âge

Graphique 2 : Répartition des patients suivant leur situation matrimoniale

Graphique 3 : Répartition des patients suivant leur profession

Graphique 4 : Répartition des patients suivant le consentement sur le choix du traitement

Graphique 5 : Répartition des patients suivant la collaboration entre médecin et paramédicaux

Graphique 6 : Répartition des patients suivant la qualité des soins reçus

Graphique 7 : Répartition des parents des patients suivant le sexe

Graphique 8 : Répartition des parents des patients suivant leur âge

Graphique 9 : Répartition des parents des patients suivant le niveau d'instruction

Graphique 10 : Répartition des parents des patients suivant l'accueil de service

Graphique 11 : Répartition des parents des patients suivant la collaboration avec médecins et paramédicaux

Graphique 12 : Répartition des parents des patients suivant la qualité des soins reçus

Graphique 13 : Répartition des parents des patients suivant les relations avec les soignants

Graphique 14 : Répartition des soignants suivant l'âge

Graphique 15 : Répartition des soignants suivant leur niveau d'instruction

Graphique 16 : Répartition des soignants suivant leur profession

Graphique 17 : Répartition des soignants suivant le bon accueil des patients

Graphique 18 : Répartition des soignants suivant le traitement et les relations avec le patient

Graphique 19 : Répartition des soignants suivant la connaissance des principes déontologiques

Graphique 20 : Répartition des soignants suivant les commentaires de l'accueil

## **LISTE DES ANNEXES**

Annexe 1 : Guide d'entretien des patients

Annexe 2 : Guide d'entretien des parents des patients

Annexe 3 : Guide d'entretien des soignants

## RESUME

Notre recherche analyse un aspect particulier des soins : la qualité des soins et l'exercice de la profession médicale au Bénin. En tant que professeur de philosophe, nous posons le problème d'éthique et de déontologie grâce à une démarche qualitative et quantitative multidisciplinaire. En évaluant, nous voulons nous assurer que le meilleur service possible est rendu aux malades avec comme premier objectif la sécurité (« Primum non nocere »), le second est l'efficacité, le troisième est l'efficience.

Notre évaluation aboutit à l'appréciation et au renforcement de l'éthique et de la déontologie dans la pratique médicale. Notre jugement de valeur porte sur l'offre des soins de qualité aux patients. Elle est comprise non seulement comme une exigence, mais avant tout comme une nécessité pour le patient.

Notre hypothèse se confirme par le constat qu'au Bénin, les soins ne sont plus de bonne qualité. Dans nos formations sanitaires, l'éthique est placée à l'arrière-plan. Or la pratique médicale, dès son origine exige l'éthique qui, de nos jours doit se formuler par rapport aux exigences de la société démocratique qui considère que chaque individu est un sujet libre et que nous sommes égaux en droits. Elle se confronte aussi quotidiennement à l'acte médical surtout basé sur les nouvelles possibilités de la science et de la technique qui semblent parfois mettre en péril le respect et la dignité de l'être humain.

D'où la nécessité d'instauration d'une éthique clinique et d'une déontologie médicale dans les formations sanitaires du Bénin. Notre étude propose ainsi une nouvelle philosophie des soins au Bénin exigeant un exercice médical basé essentiellement sur des principes fondamentaux de l'éthique des soins.

### **Mots-clés :**

Qualité des soins, professionnel de santé, exercice médical, déontologie médicale, éthique clinique.

## ABSTRACT

Our research analyzes a particular aspect of the quality of care: the quality of care and the practice of the medical profession in Benin. As a philosopher, we pose the problem of ethics and ethics through a qualitative and quantitative multidisciplinary approach. In evaluating, we want to ensure that the best possible service is given to the patients with the primary objective of safety ("Primum non nocere"), the second is efficiency, the third is efficiency.

Our evaluation results in the appreciation and strengthening of ethics and ethics in medical practice. Our value judgment focuses on providing quality patient care. It is understood not only as a requirement but above all as a necessity for the patient.

Our hypothesis is confirmed by the observation that in Benin, care is no longer of good quality. In our health facilities, ethics is placed in the background. Medical practice, from its very beginning, demands the ethics which today must be formulated in relation to the demands of a democratic society which considers that each individual is a free subject and that we are equal in rights. It is also confronted daily with the medical act, which is based above all on the new possibilities of science and technology which sometimes seem to jeopardize the respect and dignity of the human being.

Hence the need to establish a clinical ethic and a medical deontology in the medical training of Benin. Our study thus proposes a new philosophy of care in Benin requiring a medical exercise based essentially on fundamental principles of ethics of care.

**Keywords:** Quality of care, health professional, medical practice, medical ethics, clinical ethics.

## SOMMAIRE

Dédicace .....	i
Remerciements .....	ii
Principales abréviations .....	iii
Liste des tableaux .....	iv
Liste des diagrammes .....	v
Liste des graphiques .....	v
Liste des annexes.....	vi
Résumé .....	vii
Abstract.....	viii
Sommaire.....	ix
<b>INTRODUCTION GENERALE .....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIERE PARTIE : APPROCHE CONCEPTUELLE ET THEORIQUE.....</b>	<b>17</b>
Chapitre premier : Définitions opérationnelles des concepts.....	18
Chapitre deuxième: Approche théorique .....	47
Chapitre troisième : Principes fondamentaux de la pratique médicale.....	113
<b>DEUXIEME PARTIE : EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS AU BENIN.....</b>	<b>135</b>
Chapitre quatrième: Approche méthodologique .....	136
Chapitre cinquième : Présentation du résultat des enquêtes .....	149
Chapitre sixième : Interprétation des résultats .....	180
Chapitre septième : Discussion des résultats .....	211

<b>TROISIEME PARTIE : DE L'ETHIQUE MEDICALE DEONTOLOGIQUE A L'ETHIQUE DU CARE AU BENIN .....</b>	<b>227</b>
Chapitre huitième : Importance de l'éthique du care au Bénin.....	228
Chapitre neuvième : Pour une philosophie des soins au Bénin .....	252
Chapitre dixième : Stratégies éthiques pour une philosophie du soin au Bénin	271
<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>317</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE ET WEBOGRAPHIE .....</b>	<b>322</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>331</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>347</b>

## INTRODUCTION GENERALE

La santé est un bien imprescriptible de l'être humain. Et plus qu'un «*état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*<sup>1</sup>», elle est un bien inné.

Or tout bien, quelle que soit sa nature, nécessite qu'on l'entretienne, qu'on y prenne soin, aussi bien pour sa conservation que pour sa pérennité. Aussi, la santé que l'homme a toujours considérée comme son bien le plus précieux, nécessite-t-elle une attention, un entretien pour sa stabilité ou sa permanence. Et une telle stabilité, en réalité, dépend dans une large mesure des soins qui relèvent, en premier lieu, de tout un chacun de nous et ce à travers des soins quotidiens que nous nous donnons, des plus petites règles élémentaires d'hygiène corporelle que du respect des règles alimentaires et environnementales. Elle dépend en second lieu des agents de la santé et parfois des tradithérapeutes.

La santé comme on le dit souvent n'a pas de prix mais a un coût. C'est dire qu'aucun sacrifice pour sa conservation n'est de trop. En outre, la santé fait l'excellence de l'être humain que nous sommes. Car un adage populaire dit : « La santé est avant tout et tout n'est rien sans la santé ».

C'est d'ailleurs, ce qui sous-tend le souci de tout homme, où qu'il se trouve, à espérer pouvoir bénéficier de soins de qualité lorsque la résilience de son corps arriverait à s'affaiblir.

Et pour cela, le patient ne devrait-il pas s'attendre à trouver un accompagnement adéquat auprès des professionnels de santé ? De là l'intérêt de notre sujet de

---

<sup>1</sup> Définition de la santé selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé).

recherche : «**La qualité des soins et l'exercice de la profession médicale au Bénin : problème d'éthique et de déontologie**».

## **01.Contexte**

Selon l'OMS<sup>2</sup>, le meilleur état de santé qu'un être humain puisse atteindre constitue l'un de ses droits fondamentaux, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.

Le droit à la santé suppose que les pouvoirs publics créent des conditions telles que chacun puisse jouir du meilleur état de santé possible<sup>3</sup>. Ceci implique d'une part, l'existence de services de santé, des centres de santé, des centres hospitaliers ou des formations sanitaires avec des conditions de travail sûres et saines. Il en découle d'autre part, que les professionnels de santé soient compétents et compatissants. Ils doivent y offrir des soins de qualité sans cesse améliorés. C'est dire, en d'autres termes, que l'exercice médical doit respecter les exigences déontologiques et éthiques médicales. Une intervention par la bioéthique, serait la bienvenue afin d'être de qualité meilleure dans l'administration des soins aux patients.

Dans l'histoire de l'humanité, l'acte de "prendre soin de" est souvent perçu comme l'un des plus vieux gestes effectués envers l'autre. Dans cette relation avec « l'objet » du soin, l'altérité interagit et se transforme chez le soigné comme chez le soignant. Selon les époques, les pays et les cultures, cet acte a pris différents visages.

---

<sup>2</sup> Organisation Mondiale de Santé.

<sup>3</sup> Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948, article **XXV** :

*« 1° Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux, ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse, ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. 2° La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors du mariage, jouissent de la même protection sociale ».*

Aujourd'hui, avec l'évolution scientifique et technologique, celui-ci s'est spécialisé et institutionnalisé. Au-delà du « prendre soin » domestique et quotidien dans la communauté, nous sommes désormais dans des institutions de santé. Un système relativement complexe, un lieu spécifique régi par une éthique, des textes de lois, des procédures et surtout par une déontologie où, des professionnels, reconnaissant une responsabilité particulière, exercent leur profession. C'est dire, que ce sont de hauts lieux de savoir, de savoir-faire et de savoir-être où le respect de la personne humaine et de sa dignité devrait être pris pour un principe sacro-saint.

La vie de tout être humain est une valeur qui n'admet aucune considération d'importance sociale. On doit en prendre soin et on doit la défendre, c'est-à-dire se mettre à son service. Ceci est encore plus vrai pour les professionnels de la santé, qui exercent en effet, une tâche vraiment humaine faite de prévention, de curatif et de réhabilitation de la santé humaine. Tout cela en vue de la protection de la vie. De tels propos se trouvent d'ailleurs confirmés par la « Charte des personnels de la santé » publiée par le Conseil pontifical pour la pastorale des services de la santé en 1995.

Cette charte stipule que :

*« Les professionnels de la santé sont au service de la vie »<sup>4</sup>.*

Dans cette Charte il est dit explicitement que l'agent de santé doit avoir la même compassion que le bon samaritain devant le blessé. Malheureusement, il y a un fossé entre ce qui est dit et ce qui se fait. Une situation qui provient de l'entêtement de certains agents qui ne respectent pas les consignes.

---

<sup>4</sup>- « Charte des personnels de la santé » publiée par le Conseil pontifical pour la pastorale des services de la santé en 1995.

En effet, l'ancien ministre de la santé du Bénin, Dorothée A. Kinde Gazard, a fait le constat de la décrépitude des rapports soignant- soigné dans l'ouvrage intitulé « *Guide des normes et bonnes pratiques à l'usage des professionnels de la santé* »<sup>5</sup>.

Evidemment, il ressort des observations et des « focus group » réalisés dans le cadre de l'élaboration de ce guide, de nombreuses mauvaises pratiques actuellement en cours dans les formations sanitaires au Bénin.

Elles sont perceptibles à plusieurs niveaux :

- **Au niveau de l'accueil et de l'orientation**, le mauvais accueil ; l'absence d'orientation dans les formations sanitaires ; l'absence de confort et d'agréments dans les salles d'attente ; l'hôtellerie défectueuse ; le non-respect de l'ordre d'arrivée des malades (amitié, influence sociale, rançonnements...etc.), le détournement des malades des formations sanitaires publiques au profit des centres de soins privés.
- **Au niveau de l'hygiène hospitalière**, on note le non-respect d'hygiène hospitalière ; l'insuffisance d'hygiène des mains ; le non-respect des règles d'asepsie ; le non-respect du port de gants et de tenues conformes ; la mauvaise gestion du linge, etc.
- **Au niveau de la prise en charge des malades**, il y a entre autres, le non-respect des procédures et protocoles de prise en charge ; absence d'objectifs de service et d'objectifs de soins ; manque de sérénité dans l'administration des soins ; mauvaise gestion des urgences ; référence

---

<sup>5</sup> - Guide des normes et bonnes pratiques à l'usage des professionnels de la santé, Ministère de la santé, République du Bénin, Février, 2012.

tardive et absence de contre référence ; refus d'administrer des soins aux malades réticents à l'achat des médicaments ; vente clandestine et illégale de médicaments et de consommables par le personnel ;

- **Au niveau de l'éthique et de la déontologie**, c'est l'imposition et la modification du schéma thérapeutique juste pour augmenter les frais de soins ; l'obligation pour le malade de corrompre avant de se faire programmer pour une intervention chirurgicale ; l'établissement d'un devis parallèle illégal par certaines équipes des services de chirurgie avant toute intervention ; le mauvais comportement des professionnels de la santé ; l'absence de conscience professionnelle, les interruptions non autorisées des grossesses ; le viol des accompagnantes ; la rétention d'informations ; l'absence d'équité dans la prise en charge ; le trafic d'influence ; le rançonnement des malades ; les résultats d'examen erronés parfois sans exécution des analyses ; la tarification fantaisiste des frais de soins ; l'abandon de poste pour des activités personnelles ; la surfacturation d'actes médicaux ; la vente illicite et illégale des produits pharmaceutiques et matériels chirurgicaux.
- **Au niveau de la qualité des soins et des services de santé**, on dénombre l'inexistence de politique d'assurance qualité et de sécurité des patients ; le non-respect des différentes techniques de soins (injection, pansements, cathétérisme, etc.) ; l'insuffisance de la sécurité transfusionnelle ; l'absence de contrôle ultime au lit du malade ; l'insuffisance de surveillance de la transfusion ; la mauvaise gestion des risques liés aux soins ; l'erreur de médication ; l'erreur de voie d'administration ; l'erreur sur la personne malade ;
- **Au niveau du management des soins et services de santé** ; il y a notamment la mauvaise prise en charge physique et psychologique des

malades ;l'insuffisance d'organisation des services (longue file d'attente,) ; le retard et l'absentéisme ; absence de mécanismes d'évaluation des performances des structures et des personnes à tous les niveaux ( absence d'audit interne, de démarche d'accréditation, certification,...etc.) ; absence de sanctions/impunité ;l'absence d'esprit d'équipe ; l'absence d'évaluation des soins,...etc. »

De même, Flore GANGBO, Présidente du Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé du Bénin, fait remarquer ceci :

*« Nous faisons tous, à des degrés divers selon nos sensibilités propres, selon notre profil de formation, l'amer constat que de plus en plus la vie et la dignité humaine sont menacées. On ne recherche pas toujours la santé intégrale de la personne affectée. La relation entre soignants et patients semble privilégier d'autres intérêts (techniques, scientifiques, économiques ou professionnels)»<sup>6</sup>.*

Autrement dit, les rapports soignants-soignés sont de plus en plus déshumanisés parce que d'autres facteurs ou considérations sont pris en compte et préoccupent plus les soignants. Il faudra réinventer une médecine plus humaniste que ce qui se passe actuellement. Les soins de santé de la médecine moderne, sont venus remplacer ceux auxquels l'Afrique était habituée. Il ne serait pas bien, que des volets importants de nouvelles méthodes continuent de ne pas être pris en compte dans la conduite à tenir. En dehors des considérations tropicales, la démarche des soins ne devrait pas varier au point où, en Afrique, on continue de trainer les vieilles méthodes pendant que l'Europe est à la pointe.

---

<sup>6</sup> Propos du Professeur Flore Gangbo, Présidente du Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé du Bénin, Ancien ministre de la Santé du Bénin, à l'ouverture du Colloque International de Cotonou, sur le thème : « Bioéthique et réalités africaines»

## 02. Question de recherche

Malgré tous les efforts de l'Etat et des partenaires techniques et financiers, pour améliorer le système sanitaire béninois, les malades ne sont pas satisfaits et se plaignent. Comment faire pour améliorer la pratique médicale afin de limiter les plaintes des malades ?

Notre question de recherche porte sur des constats faits dans les formations sanitaires au Bénin depuis quelques années. Ces constats remettent en cause le bon fonctionnement du système et surtout la qualité des soins qui y sont donnés. De nouvelles pratiques ont été recensées dans nos hôpitaux et nos centres de formations sanitaires. Ces pratiques qui sont hors normes et défient les standards internationaux sont les mauvaises pratiques qui, en réalité ne sont pas de nature à améliorer la qualité des soins donnés.

Cette question ne se pose pas seulement au Bénin comme le signale Mgr Pierre-Jean Welsch, du Conseil Pontifical pour la Pastorale de la Santé :

*« Le secteur de la santé connaît partout dans le monde des transformations considérables, aussi bien dans le domaine de la compréhension de la maladie, que dans celui de l'organisation des stratégies thérapeutiques ou encore des attentes des populations »<sup>7</sup>.*

En effet, l'admission du malade dans un hôpital est une période difficile pour le malade. Le malade est généralement inquiet ; l'attitude et le comportement du médecin, de l'infirmier et du personnel hospitalier jouent un grand rôle. Un accueil aimable et un intérêt réel pour le malade l'aident à surmonter son

---

<sup>7</sup> - Les propos de Mgr Pierre-Jean Welsch, Conseil Pontifical pour la Pastorale de la Santé, in Les Actes de la 1ère édition du Colloque bioéthique et réalités africaines. Du 10 au 14 juin 2013 a eu lieu au Bénin le 1er colloque dénommé « Colloque de Cotonou », sur le thème : « Bioéthique et réalités africaines p.14.

désarroi. Accueillir le malade avec amabilité et compréhension n'exige pas un surcroît de travail.

La problématique de notre thèse fait état d'une mauvaise prise en charge médicale. On ne peut s'empêcher d'être choqué par l'écart entre ce que l'accueil devrait être et ce qu'il est devenu dans nos centres de santé. Généralement, aux services d'accueil de nos formations médicales, le patient ne sait à qui s'adresser. Il y est déçu par le comportement des agents censés l'accueillir. Ceux-ci sont en majorité peu courtois, arrogants ou parfois indifférents aux souffrances des patients.

Des fois, ils sont absorbés par de bavardages stériles et par des futilités ; parfois ils s'éternisent au téléphone non pas pour de cas d'urgence, encore moins pour le compte du travail, mais pour faire des blagues avec des amis, tandis que le malade est déboussolé, ne sachant par exemple rien de l'ordre d'arrivée et de passage. Et en ce cas de coup dur, aucun ressaisissement, aucune prise de conscience lorsqu'un patient essaye de les sensibiliser. Bien au contraire, ce sont des propos peu courtois qui lui sont adressés. Il y a donc le mauvais accueil.

A côté des relations souvent insatisfaisantes entre soignants et patients démunis ou inconnus, il y a lieu de relever d'autres relations de favoritisme développées entre soignants et patients Parentés, Amis et Connaissances (PAC). Il s'agit du non-respect de l'ordre d'arrivée. Cet ordre est tantôt conditionné par le lien de parenté avec l'agent, tantôt par le rançonnement, l'appartenance à la même religion, au même parti politique ou à la même région ; ce qui évidemment porte atteinte à l'une des valeurs éthiques qu'est la justice.

Par ailleurs et fondamentalement, on note également un dysfonctionnement au niveau de la prise en charge même du patient. A ce niveau, on peut souligner le non-respect du protocole d'administration des soins, le manque de sérénité dans l'acte de soins. Toute chose qui met en doute la compétence du soignant. Le manque d'empathie entraîne la banalisation de la souffrance du patient par le praticien, ce qui du coup fausse la relation soignant-soigné.

Il faut signaler aussi une administration autocratique des soins au patient et l'absence du consentement éclairé. Aucune explication du diagnostic ne lui est fournie et partant du soin à lui administrer, et par conséquent, l'inexistence de dialogue, de communication entre le praticien et le malade. D'où encore la persistance du paternalisme médical. A cela s'ajoute également, la lenteur dans la prise de décision, au point où l'on arrive à déplorer parfois de cas de décès dans le rang des malades. C'est dire que la crise anthropologique avec ses abus et déviances, gagne petit à petit le milieu médical béninois et l'investit malgré la résistance de l'éthique médicale.

Et pourtant, le bénéficiaire de soins ici n'est pas un objet quelconque, mais plutôt un sujet humain, autonome, un esprit incarné, un être conscient et raisonnable, un être de volonté, qui donne sens au monde et un vecteur de développement. A ce seul titre, il mérite d'être traité avec dignité. Une activité thérapeutique ou soignante basée sur ces relations de favoritisme ou d'insatisfaction n'est pas centrée sur le patient.

A notre constat, s'ajoute un autre tableau qui se trouve renforcé par les médias. Dans le monde, les médias ne cessent de présenter, de plus en plus des situations d'horreurs, où la déshumanisation s'avère souvent à l'origine et dans lesquelles des personnes malades vivent des conditions parfois difficiles et tragiques.

Clément Coovi Bah estime que :

*«La relation soignant-soigné qui constitue le pôle de référence de tout acte médical est mise à mal par les divers comportements observés sur le terrain qui débouchent sur une commercialisation avide et peu scrupuleux de tous les actes qui doivent contribuer à soulager les malades »<sup>8</sup>.*

Au total, le secteur sanitaire béninois est donc confronté aux grands défis de la postmodernité. Les responsables du secteur sanitaire en sont également conscients et l'ont même souligné dans le Plan National de Développement Sanitaire du Bénin 2009-2018 :

*« Il est à noter aussi que depuis plusieurs années, les prestations de l'hôpital sont souvent décriées par tous, et les malades ne se hasardent à s'y rendre que dans l'extrême nécessité, c'est-à-dire, quand la maladie est dans une phase avancée, voire incurable. Cette situation est due entre autres, au fait que :*

- la démarche d'assurance qualité des soins et services hospitaliers est peu satisfaisante ;*
- les urgences hospitalières en vue d'une prise en charge immédiate et de bonne qualité ne s'organisent pas de façon systématique ;*
- le mécanisme de surveillance de la continuité, de l'innocuité et de l'efficience des soins hospitaliers est inexistant »<sup>9</sup>.*

---

<sup>8</sup> Clément Coovi BAH, *Formation du personnel de santé au Bénin : l'éthique entre théorie et pratique*, UAC, 2013.

<sup>9</sup> Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018-Bénin, pp. 48-49.

Au Bénin, nous vivons donc dans une société où les défaillances dans l'acte médical, ayant pour noms, « le mauvais accueil », « la mauvaise prise en charge des malades », « l'erreur médicale » et « la mauvaise qualité de la relation soignant-soigné », etc., sont malheureusement une réalité. Un dysfonctionnement grave confirmant, tristement que notre milieu sanitaire est atteint d'une « crise des valeurs »<sup>10</sup>. Tous ces faits sus-évoqués représentent des indicateurs pertinents qui attestent que nous sommes dans un contexte d'une crise déontologique médicale et d'une extrême pauvreté éthique.

Pourquoi les potentiels malades que nous sommes, avons-nous peur d'aller nous faire soigner dans ces centres et formations sanitaires des maux dont nous souffrons ?

L'amélioration n'est possible sans une volonté politique. Mais malheureusement, tous ceux qui peuvent agir sur le système pour l'améliorer, vont soit en Afrique du Sud ou dans les hôpitaux européens pour se faire soigner, laissant ainsi le reste des béninois subir les caprices d'une situation intolérable par rapport aux normes.

Ainsi, le système sanitaire béninois reste dans un cycle infernal de crises des valeurs morales et éthiques, de crise de vocations et de conscience professionnelle.

Puisqu'au Bénin, l'effectivité des droits de la personne humaine est encore un mythe, les droits des malades semblent peu compter dans le déroulement de la carrière des professionnels médicaux. Toute porte à croire que, c'est la loi de la jungle qui semble régir le système sanitaire au Bénin.

---

<sup>10</sup> On veut signifier par-là que les repères moraux traditionnels (la religion, les idéologies, la famille, etc.) s'effritent. Nous serions entrés dans l'ère de l'éphémère, du superficiel, du fragile. Les valeurs de nos 20 ans ne seront plus celles de nos 40 ans. Ce en quoi nous croyons aujourd'hui, ici et maintenant, nous le renierons peut-être demain, au gré des modes, des rencontres et des événements.

Et pourtant, depuis ses origines la médecine n'a jamais revêtu un caractère aussi rébarbatif, aussi nuisible qu'elle ne se présente au Bénin. En effet, la pratique médicale repose sur une véritable éthique médicale, explicitée par le serment d'Hippocrate, qui peut se résumer par l'adage latin « *primum non nocere* » (« avant tout, ne pas nuire »). Nous pouvons dire que le décalage entre la préoccupation d'Hippocrate et ce qui se passe aujourd'hui est grand.

On constate tous les jours que le sens moral disparaît. L'individualisme, l'égoïsme, le culte de la réussite facile envahissent progressivement notre système de santé. La honte ou la culpabilité que nous pouvons ressentir lorsque nous sommes pris en défaut de ne pas avoir respecté une valeur qui, volontairement ou involontairement, constituait pour nous un repère a disparu.

Face à ce tableau sombre où nos hôpitaux tendent à être transformés en mouiroirs, le philosophe ne saurait rester insensible. Son travail dans ce domaine est encore aujourd'hui comme par le passé d'éveiller les consciences et d'opposer à la perversion de l'esprit de l'acte médical, le discours du « bon sens »<sup>11</sup> ou de la «sagesse pratique»<sup>12</sup> de Paul Ricœur.

De telles situations nous interpellent donc et nous interrogent quant à l'urgence de rendre réaliste les valeurs humanistes censées réguler la pratique des acteurs socio-médicaux. Cette préoccupation se justifie par le fait qu'elle est déjà apparue dans la pensée de plusieurs philosophes à travers l'histoire. Pour Guy Durant,

---

<sup>11</sup> La puissance de bien juger, et de distinguer le vrai d'avec le faux.

<sup>12</sup> La qualité qui consiste en quelque sorte à savoir faire la part des choses entre les règles de la morale et la réalité d'un quotidien complexe. La sagesse pratique constitue pour Ricœur la charnière entre une éthique et une morale qu'il y a lieu de distinguer mais non d'opposer.

« *L'intérêt de la philosophie pour les questions éthiques de la pratique médicale et infirmière remonte aussi très loin dans le temps* »<sup>13</sup>.

La réflexion critique étant le moteur de la recherche en philosophie, il nous est loisible de faire une analyse critique de l'acte médical dans des hôpitaux au Bénin, afin d'évaluer la qualité des soins qui y sont donnés. C'est ce qui a motivé notre choix du sujet de recherche : «**La qualité des soins et l'exercice de la profession médicale au Bénin : problème de déontologie et d'éthique**».

Du point de vue de la déontologie médicale, le personnel soignant a le devoir d'assurer la prise en charge immédiate du patient dès l'instant où il se présente, c'est-à-dire de bien l'accueillir, d'éviter la lenteur, le retard dans la prise de décision ou dans l'acte médical à poser.

Comment la déontologie médicale est-elle observée dans l'acte de soins aujourd'hui ? Qu'en est-il des soins médicaux au Bénin par rapport à l'éthique et à la déontologie de la profession ?

### **03. Objectifs de l'étude**

Ce travail a pour **objectif principal** : Comment faire pour que la déontologie et l'éthique accompagnent les soins dans les hôpitaux au Bénin ?

Les objectifs spécifiques de cette étude visent à :

- 1) montrer les problèmes qu'engendrent l'absence de la déontologie et de l'éthique dans l'exercice de la profession médicale

---

<sup>13</sup> Guy DURAND, *Introduction générale à la bioéthique. Histoire, concepts et outils*, Québec, Fides, 1999, p. 18.

- 2) identifier les raisons de cet écart entre la théorie et la pratique dans l'exercice médical ;
- 3) suggérer des approches de solution.

#### **04. Hypothèses du travail**

Pour dépasser cette problématique, nous avons privilégié les trois hypothèses suivantes :

- 1- Les principes fondamentaux de la pratique médicale ne semblent plus être au cœur de l'exercice médical ;
- 2 - La grande majorité des soins de santé fournis dans les centres de santé au Bénin souffre de la qualité ;
- 3- Il y a une nécessité impérieuse d'une éthique médicale nouvelle, concrète et pratique, c'est-à-dire une éthique du care.

#### **05. Méthodes d'approche**

Pour répondre à ces préoccupations, notre méthode sera en deux temps : scientifique et réflexive. Nous recourons ainsi à la triangulation des méthodes<sup>14</sup>. Ainsi, la triangulation des méthodes consiste en une combinaison de diverses techniques de recherche comme par exemple, des entretiens avec des informateurs clés, des discussions en groupe focal et des observations (triangulation méthodologique)<sup>15</sup>.

Ainsi, notre méthode comporte deux grands moments. Dans un premier

---

<sup>14</sup> Le terme «triangulation» a son origine dans la géodésie : la distance d'un objet se mesure à partir de deux points différents. La géodésie est la science qui a pour objet de déterminer la forme et les dimensions de la terre (géodésie géométrique), ainsi que les caractéristiques de son champ de gravité (géodésie dynamique). Dans la méthodologie de recherche, le concept de triangulation est utilisé pour vérifier et compléter les données de recherche et pour étudier une réalité sociale donnée sous des angles divers.

<sup>15</sup> Willy BONGO-PASI, « Triangulation et architectonie : particularités méthodologiques en philosophie africaine », in *Annales de la Faculté des Lettres et Sciences humaines*, VI-VII, 2006-2007, pp. 95-111.

moment, nous nous sommes posé la question du comment de ce phénomène dans certaines formations médicales. D'une façon constructive et empirique, nous avons eu à combiner, dans ce travail, plusieurs approches scientifiques particulières : sociologique, anthropologique et épidémiologique avec une enquête (quantitative) de terrain.

Nous avons ainsi eu recours à une triangulation des chercheurs et des documents. Nous avons associé différents chercheurs (triangulation des chercheurs) venant de plusieurs disciplines. Nous avons eu à mettre à contribution la triangulation des données basée sur l'analyse des documents publiés, des actes des séminaires, des conférences et de colloques ainsi que de la documentation tirée de l'internet. Diverses sources d'informations ont été utilisées, des interviews de différents groupes sociaux, à l'analyse des documents de différentes sources.

Dans un deuxième moment, nous avons procédé à une analyse philosophique de toutes les données récoltées. Une réflexion critique et métémpirique a été nécessaire pour comprendre le « pourquoi » de certaines pratiques médicales et soignantes dans certains hôpitaux. Nous avons procédé par voie d'implications régressives, accompagnées d'une intuition progressive, accompagnée des explications dégressives<sup>16</sup>.

## **06. Le plan du travail**

Notre thèse est structurée en trois grandes parties subdivisées chacune en chapitres.

---

<sup>16</sup> Willy BONGO-PASI, *Cours d'introduction à la philosophie*, 1<sup>ère</sup> année, Faculté de Droit, Université de Kinshasa, 2016.

La première partie présente l'approche conceptuelle et théorique de notre sujet.

Elle expose les différents contextes des concepts opérationnels de notre analyse, ainsi que quelques théories éthiques, base de notre analyse de la pratique médicale. Les principes fondamentaux à la base de l'exercice de la profession médicale viennent clore cette partie.

Cette première partie comprend les trois chapitres suivants : (1) Définitions opérationnelles des concepts, (2) Approche théorique, (3) Principes fondamentaux de la pratique médicale.

La deuxième partie est consacrée aux résultats de la recherche sur le terrain. Elle vise à montrer, à partir des résultats des enquêtes et entretiens, que certains critères de la qualité des soins universellement reconnus peinent à se concrétiser, à être une réalité dans la pratique médicale dans bon nombre de centres hospitaliers au Bénin. Elle est titrée : Evaluation de la qualité des soins au Bénin: fondamentaux de l'éthique médicale et du care.

Cette deuxième partie s'articule autour de quatre chapitres. Il s'agit de (1) l'Approche méthodologique, (2) la Présentation du résultat des enquêtes, (3) l'Interprétation des résultats, et (4) la Discussion des résultats.

La troisième partie, intitulée « de l'éthique médicale déontologique à l'éthique du care au Bénin », sera relative à la problématique de l'amélioration de la pratique médicale à travers une nouvelle philosophie de soins ; une éthique dynamique et médicale.

Cette dernière partie comporte trois chapitres : (1) Importance de l'éthique du care au Bénin, (2) Pour une philosophie des soins au Bénin, (3) Stratégies éthiques pour une philosophie du soin au Bénin.

**PREMIERE PARTIE :**  
**APPROCHE CONCEPTUELLE ET THEORIQUE**

Pour réaliser avec bonheur une étude sur « la qualité des soins et l'exercice de la profession médicale au Bénin : problèmes de déontologie et d'éthique », il est indispensable de cerner tous ses concepts de base. Ainsi la première partie de cette étude est conceptuelle et théorique. Elle comporte trois chapitres.

Le premier expose les différents concepts opérationnels de notre analyse en partant de la revue de la littérature. Il s'agit des concepts de qualité des soins, d'éthique et de morale, d'éthique appliquée dont l'éthique professionnelle et déontologique et l'éthique médicale et des soins. Le deuxième chapitre est consacré à l'approche théorique de l'éthique des soins. Il concerne les théories philosophiques, éthiques, biomédicales et bioéthiques. Le dernier chapitre examine les principes fondamentaux de la pratique médicale. Il s'agit des valeurs fondamentales de la médecine, du respect de la personne, de la communication et du secret médical. Il s'agit des principes fondamentaux à la base de l'exercice de la profession médicale.

Cette première partie du travail cherche à assoir notre thèse qui consiste à déterminer les normes éthiques universelles dans la pratique médicale au Bénin. Deux grandes préoccupations l'habitent : conceptualiser le cadre de cette étude et théoriser ses données de recherche. Le rôle de la philosophie dans cette étude est de manipuler et d'opérationnaliser à bon escient tous les concepts fondationnels de cette étude.

## **CHAPITRE PREMIER : APPROCHE CONCEPTUELE**

Notre approche conceptuelle commencera par la revue de littérature. Elle fait l'état de la question pour indiquer ce qui a déjà été fait et dit dans ce domaine. Nous nous démarquerons de nos devanciers en examinant les mêmes questions sous un angle nouveau et en prenant pour champ d'étude les formations médicales du Bénin.

Ensuite, nous définirons les différents concepts utilisés dans cette étude en les opérationnalisant pour le besoin de notre argumentation.

### **1.1. La revue de littérature**

Ce sujet est classé dans la quatrième catégorie des thèmes de recherche en philosophie, c'est-à-dire constitution d'un nouvel objet philosophique. Nous abordons un nouveau champ d'investigation philosophique : la bioéthique. Elle est une étude qui n'a même pas encore officiellement pris ses assises au département de philosophie de l'UAC. En effet, il n'existe pas encore ici des spécialistes bio-éthiciens dispensant des cours de bioéthique. Cela justifie la quasi-inexistence de travaux de recherches réalisés dans ce domaine.

Toutefois, nous avons eu des travaux réalisés et qui ont porté sur l'analyse du concept de l'éthique chez certains philosophes tels que : Aristote, Spinoza, Kant, Hans Jonas, Habermas, Levinas et autres. Il a été question dans ces recherches d'une approche critique des divers courants de pensées philosophiques sur l'éthique. La réflexion bioéthique et mieux sur la pratique médicale est restée en marge de l'intense activité d'investigation menée au Département de philosophie.

Plusieurs raisons pourraient expliquer une telle situation. L'introduction de l'enseignement de la bioéthique dans les Universités des pays développés ne date pas de longtemps. C'est une initiative récente et renforcée d'ailleurs par le caractère nouveau de la science en question elle-même. On comprend donc que les universités africaines soient encore à la traine, même si certains pays de la sous-région l'ont déjà fait. C'est le cas par exemple en République démocratique du Congo, en Côte d'Ivoire, au Burkina-Faso, etc., où les étudiants peuvent désormais recevoir des cours de Bioéthique en Master et/ou en DEA ; des cours dispensés par des Professeurs bioéthiciens.

Au département de philosophie de l'Université d'Abomey-Calavi, il n'existe pas encore un cours de bioéthique. Cela justifie l'absence des travaux réalisés en philosophie sur des sujets du genre. A la Faculté des Sciences de la Santé, on découvre quelques travaux d'étudiants en médecine sur la qualité des soins. La plupart de ces études prennent en compte les aspects scientifiques et techniques de la qualité des soins. Il s'agit notamment des travaux suivants :

1° Hippocrate FATEMBO, *Evaluation de la qualité des soins dans les secteurs de Néonatalogie de la Pédiatrie et de la Clinique Gynéco- Obstétrique du CNHU-HKM de Cotonou en 2000*. A travers une étude descriptive, il réalise une évaluation de la qualité des soins en Néonatalogie. Son étude s'est appesantie, dans l'évaluation de la qualité des soins au sein de cette unité, sur la qualité structurelle ce qui l'a amené à analyser les ressources employées et les équipements. La dimension relationnelle sinon éthique s'intéressant au comportement humain et à la prise de décision, bref l'éthique médicale, la partie de l'éthique consacrée aux questions morales relatives à la pratique médicale n'a pas été abordée. Les défis éthiques auxquels les médecins sont confrontés dans leur pratique quotidienne n'ont pas été pris en compte.

2° Djidjoho Joël Arnaud SONOU a travaillé sur le sujet : « *Evaluation de la qualité des soins en consultation externe à l'Unité de Soins d'Enseignement et de Recherche en Cardiologie (U.S.E.R.C du CNHU-HKM) de Cotonou* » en 2005. Comme son prédécesseur, son étude évalue seulement la qualité des soins au sein d'une unité sanitaire sur l'aspect technique.

3° Lionel M. KEKE a réfléchi sur le sujet : « *Connaissance, attitude et pratique des usagers, des prestataires de soins et des responsables de maternité en matière des droits des usagers : cas de la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique(CUGO) de Cotonou au CNHU-HKM* » en 2007. C'est une étude de cas qui évalue la qualité des soins dans cette unité. Il en ressort le fait que les patients déplorent le manque de communication de la part du personnel soignant et le coût plutôt élevé de l'hospitalisation. Il a donc suggéré que les enseignants de la F.S.S. mettent un accent particulier sur les cours de médecine légale dans les écoles de formation des soignants. A l'endroit des autorités politiques et administratives, il a suggéré qu'elles développent une politique sanitaire axée sur le respect des droits des usagers du CNHU en général et ceux des maternités en particulier.

L'intérêt porté au patient en tant que source fondamentale d'évaluation de la qualité n'a pas été pris en compte dans ces diverses études. Seule a été déterminante l'appréciation des mesures relatives à la structure et aux résultats finaux. D'où l'importance de notre étude qui supprimera ce déficit de recherche en éthique de la santé qui fait perdurer la question dans ces formations médicales.

4° Au niveau de l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire de la FLASH de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC), nous avons identifié la thèse de Clément

Coovi BAH, dans une orientation de philosophie morale. Elle est intitulée «Formation du Personnel de Santé au Bénin : L'Éthique Biomédicale entre Théorie et Pratique» et propose une réflexion critique sur l'état actuel de l'enseignement de l'éthique biomédicale dans les facultés de médecine et les écoles des infirmiers et infirmières d'Etat du Bénin. L'auteur part du postulat selon lequel la morale dans l'exercice de la médecine et de la recherche médicale a pris une place prépondérante de nos jours et ce, face à l'impérieuse nécessité de définir les règles de conduite pour encadrer les relations soignants-soignés et l'application à l'homme des développements rapides des sciences biologiques.

La première partie du travail présente une radioscopie du système sanitaire béninois qui met en évidence un malaise profond et multiforme se traduisant par une détérioration de la qualité des soins et une perte de confiance des usagers des centres de santé béninois. Il en résulte que le système sanitaire béninois traverse une crise anthropologique qui renvoie à l'homme chargé au quotidien de soulager les souffrances humaines et de sauver des vies. A cela, il faut ajouter l'introduction au Bénin, du génie génétique et autres techniques de recherche dans le milieu médical dans un contexte d'absence d'encadrement juridique et éthique. Cette radioscopie ainsi que la problématique qui s'en dégage ont conduit à la formulation de l'hypothèse selon laquelle les comportements du personnel médical et de recherche béninois observés sur le terrain sont directement liés à la formation reçue dans les centres qui ne considèrent pas l'enseignement de l'éthique médicale comme obligatoirement pluridisciplinaire.

La deuxième partie porte de fait, sur les contenus de programmes en cours d'exécution dans les centres de formation du personnel de santé au Bénin. Après le constat d'une absence totale de l'éthique biomédicale dans les matières

enseignées, il a été question de revisiter le contexte d'émergence et l'évolution de l'éthique biomédicale à travers le temps et l'espace. Le fondement philosophique de cette partie a pour point référentiel la pensée de Lévinas qui suggère au monde une éthique de la responsabilité.

La troisième partie traite de la systématisation de l'enseignement de l'éthique biomédicale dans tous les centres de formation du personnel de santé du Bénin. Il a été donc question de proposer un programme de formation en éthique biomédicale en direction des centres de formation concernés et ce, en vue d'aider les futurs soignants dans leur démarche quotidienne qui conduit au jugement de valeur de toute décision médicale et de recherche. Dans la même optique, cette partie se veut une promotion d'une recherche biomédicale « raisonnable » au Bénin orientée vers une utilisation appropriée de la biotechnologie.

5° Aubin R. TOWANOU, a publié un livre intitulé, « *Quand la médecine tue impunément* », en 2014. C'est en réalité un livre de témoignage. Dans cette œuvre, l'auteur a exposé son expérience personnelle où il a raconté divers déboires. Cela se passe dans certains hôpitaux pas des moindres de Cotonou, la capitale économique du Bénin, suite à une fracture du fémur. Pendant de longs mois, médecins, spécialistes et autres guérisseurs se succèdent à son chevet sans pouvoir traiter avec efficacité ce qui pourtant, est présenté comme un cas banal.

Entre opérations chirurgicales répétées, prières, pratiques irrationnelles, médecine traditionnelle, il est happé par un cycle infernal de traitements approximatifs où prospèrent le laxisme, la mauvaise foi, l'incompétence et l'appât du gain. L'auteur ne se contente pas seulement de raconter les faits. Avec humour et un sens presque détaché de son propre drame, il décrit sans concession la réalité des centres hospitaliers béninois qui, en plus d'être de

véritables mouvoirs, constituent à eux seuls, des institutions du «mal développement». Il y a donc exposé plusieurs cas d'erreurs médicales et de nombreux autres cas de témoignages.

6° Les Actes de la 1<sup>ère</sup> édition du Colloque bioéthique et réalités africaines. Du 10 au 14 juin 2013 a eu lieu au Bénin le 1<sup>er</sup> colloque dénommé « Colloque de Cotonou », sur le thème : « Bioéthique et réalités africaines »<sup>17</sup>. Ce colloque a abordé tous les grands problèmes du secteur de la santé, avec une préoccupation éthique, sur la terre africaine.

Aux dires des organisateurs, ces assises s'inscrivent dans la continuité du voyage apostolique du Pape Benoit XVI, venu au Bénin, en novembre 2011, pour publier l'Exhortation Apostolique post synodale *Africae Munus*, sur l'Eglise d'Afrique au service de la réconciliation, de la justice et de la paix. Benoit XVI, aujourd'hui Pape Emérite, y rappelait en effet, qu'

*«Il convient que les institutions de santé soient gérées selon les règles éthiques de l'Eglise, y assurant les services en conformité avec son enseignement et exclusivement en faveur de la vie »<sup>18</sup>.*

Ce colloque s'adresse aux personnels de la Santé, de la Justice, de la Sécurité, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, des Religieux, des institutions et organisations intervenants dans ces différents domaines.

Ce colloque vise tout d'abord la sensibilisation et la réflexion problématique de

---

<sup>17</sup> Initié par l'Institut Politique Léon Harmel (l'IPLH), ce Colloque a été parrainé par le Conseil Pontifical pour la Pastorale des Services de Santé. Il est organisé en partenariat avec l'Institut Jean Paul II de Cotonou et la Fondation Raoul Follereau et soutenu par le Ministère de la Santé.

<sup>18</sup> BENOIT XVI, *Exhortation Apostolique post synodale Africae Munus, sur l'Eglise d'Afrique au service de la réconciliation, de la justice et de la paix*, 2011.

l'éthique médicale et de la bioéthique notamment celle spécifique au continent africain. Il vise à terme, l'engagement des participants à se former, à transmettre et à améliorer la qualité des pratiques de soins, que ce soit dans leur milieu de vie, dans les sites de soins, ou encore dans les lieux d'exercice pastoral.

Ce colloque a abordé diverses thématiques très intéressantes portant sur les concepts d'éthique et de la bioéthique largement précisés. Les questions comme :

- Y a-t-il une éthique, une bioéthique du Nord ? du Sud ?
- Comment respecter les règles éthiques tout en tenant compte ou en s'appuyant sur nos réalités socioculturelles ?
- Comment respecter les règles de la bioéthique tout en tenant compte ou en s'appuyant sur nos réalités socioculturelles ?

Notre étude qui cherche à instaurer une tradition de recherche en éthique de la santé au Bénin, souscrit à cette approche de l'exhortation du Saint Père et aux résolutions du colloque de Cotonou. Notre apport est le premier du genre au Bénin. Il est de part en part philosophique portant essentiellement sur une éthique conséquentielle pour les soins de bonne qualité. Nous voulons dépasser la problématique de l'amélioration de la pratique médicale à travers une éthique médicale dynamique.

## **1.2. Définitions opérationnelles des concepts**

Comme on le dit souvent, un mot a plusieurs sens et n'a son réel sens que dans un contexte donné. Ce contexte est celui d'une recherche sur la qualité des soins et l'exercice de la profession médicale au Bénin, exposant des problèmes de déontologie et d'éthique.

Les concepts clés d'un tel sujet sont d'une extrême complexité et d'une diversité que nous avons jugée bon de clarifier un certain nombre tout au début de la première partie de notre travail, afin de mieux nous faire comprendre. C'est donc à cet exercice que sera essentiellement consacré ce premier chapitre. Ces concepts sont « qualité des soins », « éthique et morale », « éthique appliquée », « éthique professionnelle et déontologique », « éthique médicale et éthique soins ».

### 1.2.1. La qualité des soins

Pour analyser la qualité des soins et l'exercice de la profession médicale au Bénin, un premier terme à expliciter est celui de la qualité des soins. Il importe tout d'abord de souligner que, le concept de « qualité des soins » est complexe et sa définition malaisée. Alexandra Giraud observe :

*« ... comme tout ce qui relève de l'essence, la qualité est une notion évasive, difficile à définir et qui varie dans le temps, dans l'espace, ainsi que suivant les personnes et les points de vue [...]. A un endroit donné, la qualité d'un même épisode de soin pourra être appréciée très différemment suivant qu'il s'agit d'un médecin ou du malade »<sup>19</sup>.*

Autrement dit, la définition de cette notion tient à des facteurs multiples, tels que le lieu, l'époque, la culture, le statut social ou les valeurs personnelles de

---

<sup>19</sup> Alexandra GIRAUD, « Origine et définition de l'évaluation en médecine », in KOVESS Vivianne (Dir.). *Evaluation de la qualité en psychiatrie*, Paris, Economica, 1994 [cité par HESBEEN Walter, *La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante*, 2<sup>ème</sup> éd., Paris, Masson, 2003, p. 50].

l'individu. Elle serait donc fonction du jugement des personnes et variable selon que l'on se trouve en position de praticien ou de patient ou autre encore.

Toutefois, l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) souligne que

*« La capacité à définir la qualité des soins s'est beaucoup améliorée ces dernières années grâce aux travaux internationaux »<sup>20</sup>.*

Il existe en effet, de nombreuses définitions qui permettent de mesurer et de décrire la qualité de manière fructueuse en termes clairs. La qualité des soins a de multiples facettes et son approche diffère de celle qui est développée dans les autres secteurs économiques en raison des spécificités du système de santé.

Pour Donabedian, un pionnier des travaux dans ce domaine, on parle de qualité à propos de soins qui,

*« maximisent le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins »<sup>21</sup>.*

Autrement dit, d'après ce spécialiste, fournir des soins de qualité consiste à appliquer la science médicale de manière à donner la plus haute valeur aux résultats qu'on en tire sans pour cela augmenter les risques pour le patient.

---

<sup>20</sup> ZEYNEP O. et Laure COM-RUELLE, *La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?*, p.3.

<sup>21</sup> A. DONABEDIAN, "Evaluating the quality of medical care", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol.44, no.3, 1966, pp.166-203.

Selon l’OMS<sup>22</sup>, la qualité des soins se définit comme la capacité de

*« ... garantir à chaque patient l’assortiment d’actes thérapeutiques [...] lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l’état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains ... »<sup>23</sup>.*

L’assortiment d’actes thérapeutiques c’est-à-dire un ensemble d’actes adéquats et harmonieux et compatibles au cas identifié et susceptibles de guérir le mal du patient ou tout de même à soulager ses souffrances et lui permettre de recouvrer sa santé. Ainsi, la qualité des soins telle que la définit l’OMS prend en compte l’accessibilité à un ensemble de soins en adéquation avec les connaissances scientifiques du moment.

Pour l’Institute of Medicine,

*« La qualité des soins est le niveau auquel parviennent les organisations de santé en termes d’augmentation de la probabilité des résultats souhaités pour les individus et les populations et de compatibilité avec l’état des connaissances actuelles »<sup>24</sup>.*

Et d’après les travaux de Zeynep Or et de Laure Com-Ruelle<sup>25</sup>, la définition la

<sup>22</sup> Cfr Organisation Mondiale de la Santé.

<sup>23</sup> M.I. ROEMER, C. MONTOYA-AGUILAR, *Quality assessment and assurance in primary health care*, Geneva, WHO Offset Publication, n° 105, 1988, 82 p.

<sup>24</sup> DURIEUX P., *Evaluation, qualité, sécurité dans le domaine de la santé. Guide des principaux termes*, Paris, Médecine-Sciences, Flammarion, 1997.

<sup>25</sup> Ibidem.

plus largement employée est la dernière c'est-à-dire celle venant justement de l'Institut de médecine des Etats-Unis (IOM) qui précise que la qualité est,

*« la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment »<sup>26</sup>.*

Et suivant leur propos, cette définition est largement acceptée par la communauté internationale grâce à sa flexibilité et à son adaptabilité à des contextes différents. Les concepts utilisés dans cette définition méritent quelques explications. Le terme « services de santé » se rapporte à un éventail de services qui touchent la santé, y compris les maladies mentales.

En outre, la définition s'applique à tous les types de fournisseurs de soins (médecins, infirmières, paramédicaux,...) et d'établissements (hôpital, maison de repos, domicile). L'inclusion dans la définition à la fois des « individus et des populations » attire l'attention sur les différentes perspectives qui doivent être envisagées.

Il s'agit d'améliorer la qualité des soins fournis par les professionnels de santé, et d'autre part, l'attention doit être prêtée à la qualité du soin à travers le système entier. La définition souligne que les soins de bonne qualité augmentent la « probabilité » de résultats souhaités. Cette notion de probabilité est importante, car un soin de qualité ne peut pas toujours produire le résultat souhaité. Elle reconnaît qu'il y a toujours en santé un aspect indéfini. On s'attend toutefois à ce que les services fournis apportent plus de bien que de mal. Se concentrer sur les résultats exige des cliniciens de fournir des soins pertinents (compétence

---

<sup>26</sup> INSTITUTE OF MEDICINE, *Crossing the quality chasm: A new health system for 21<sup>st</sup> century*, Washington DC, National Academy Press, 2001, cité par Zeynep Or et de Laure Com-Ruelle.

technique) en tenant compte des préférences et des valeurs de leurs patients. Dans la pratique, «trop de soins» peut correspondre à une mauvaise qualité. Les «connaissances professionnelles du moment» impliquent que les professionnels de santé se tiennent à la hauteur d'une bonne formation médicale et qu'ils doivent employer leurs connaissances convenablement.

Mais l'éminente interrogation qui ne cesse de tourmenter tout esprit éveillé est de savoir si les professionnels de santé emploient convenablement leurs connaissances dans le respect de la dignité humaine, de la déontologie et de l'éthique médicale enseignée. Il est donc nécessaire de définir deux autres concepts dans ce contexte précis. Il s'agit de l'éthique et de la morale.

### **1.2.2. Ethique et morale**

Le terme « morale » a été longtemps synonyme d'éthique comme ensemble de règles universellement valides. Mais, sous l'influence de Rousseau, Kierkegaard, Bergson, Sartre, et du temps de malheur des guerres mondiales, le sens s'est restreint à l'individu, au moi qui exige de lui-même, qui s'adresse une parole intérieure dans la sphère de sa responsabilité, qui obéit au meilleur de lui-même, à la raison pratique qui commande absolument indépendamment des circonstances de temps et de lieu.

#### **1.2.2.1. L'éthique**

L'éthique, dérivée du grec *ethos*, qui signifie «coutume», «usage», ou «caractère». Le terme éthique signifie un ensemble de principes ou de critères d'évaluation de la conduite humaine, parfois appelés mœurs du latin *mores*. Le terme latin *ethica*, dérivé du grec, désigne la philosophie morale.

L'Éthique est donc une étude philosophique, une théorie ou une science de la morale. La morale est l'art de diriger la conduite ou la science du bien et du mal ou encore la théorie de l'action humaine en tant qu'elle est soumise au devoir et a pour but le bien. C'est un ensemble de règles de conduite considérées comme bonnes de façon absolue.

L'éthique suppose une réflexion personnelle sur la meilleure manière de vivre avec autrui. Elle distingue le bien et le mal. Elle correspond à la recherche d'une manière d'être, à la sagesse dans l'action. D'ordre facultatif, elle est personnelle, elle relève de l'autonomie de la volonté et exprime une recherche permanente. L'éthique mène à l'interrogation identitaire d'une personne ou d'une collectivité en elle-même et par rapport aux autres dans les différentes sphères de la vie<sup>27</sup>.

L'éthique est un questionnement sur la pratique. L'armature des références éthiques va permettre de cadrer l'action qui ne se satisfera pas d'injonctions normatives de réponses toutes faites, de «prêt à penser». L'éthique s'éprouve dans l'acte et c'est pour cela qu'elle peut être considérée comme une sagesse pratique. L'éthique met en valeur une vision de l'agir bien<sup>28</sup>.

L'éthique s'attache à la détermination de ce qu'il convient de faire ou de ne pas faire, dans des circonstances sociales déterminées, pour ne pas aller à l'encontre des valeurs reconnues par une société et par l'ensemble de l'humanité. C'est dire que l'éthique implique un effort d'ajustement des pratiques dont le mouvement est infini puisque les valeurs ne sauraient être pleinement réalisées sous peine de faire disparaître toute forme de liberté. L'éthique ne s'appuie donc pas sur des prescriptions absolues, définitives, *a priori*, mais au contraire se meut dans le relatif, dans l'expérimental, dans le provisoire qui mérite toujours d'être dépassé vers un ajustement meilleur. Cela implique une recherche pour ne pas dire une

---

<sup>27</sup> Cfr Christian VIGOUROUX, *Déontologie des fonctions publiques*, Paris, Dalloz, 2006, pp.12-14.

<sup>28</sup> Martine LOISEAU, in DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE, *Ethique des pratiques sociales et déontologie des travailleurs sociaux*, Rennes, éd. de l'École nationale de la santé publique, 2001, pp. 9-11 et 23-28.

conquête de l'esprit et du cœur.

L'Éthique a pour fin une vie heureuse et vertueuse sous la conduite de la raison. Axée sur les concepts de responsabilité, du devoir, de l'obligation, l'éthique se conçoit comme une réflexion sur la recherche du bonheur. L'amour constitue son fondement.

Deux principes majeurs sont à retenir :

- 1° Le *summum bonum* doit être considéré comme une **valeur fondamentale**.
- 2° Le *summum bonum* est **désirable en soi**, mais n'est donc pas conçu comme un moyen pour arriver à une fin<sup>29</sup>. Il doit être recherché par différents groupes ou individus en vue du bonheur. Mais aussi du plaisir, du devoir, de la vertu ou de l'obligation. Il est nécessaire à la perfection et au développement le plus parfaitement harmonieux du potentiel humain.

### 1.2.2.2. La morale

Le terme "Morale" vient du latin, "mores" qui veut dire "mœurs". La morale est une branche de la philosophie qui traite de la façon dont il faudrait vivre. C'est la science du bien et du mal et c'est aussi l'ensemble des règles d'action et des valeurs qui fonctionnent comme normes dans une société. Paul Foulquié considère la morale comme un ensemble des normes de conduite tenues pour absolument et universellement valables<sup>30</sup>. La morale est universelle. Tout le monde, toute société, sait faire la distinction entre le bien à faire et le mal à éviter. Pour arriver à cette notion du bien et du mal, la société doit élaborer des normes à suivre.

La morale est un ensemble de valeurs, c'est-à-dire de concepts permettant de juger et de classer les auteurs humains et leurs actions (bien, mal, lâche, salaud,

<sup>29</sup> Cfr Willy BONGO-PASI MOKE SANGOL, *Cours d'éthique fondamentale*, 2013-2014.

<sup>30</sup> Cfr Paul FOULQUIÉ *et al.*, *Dictionnaire de la langue philosophique*, Paris, PUF, 1962, pp. 452-453.

honnête, juste, etc.). Pour André Lalande, la morale est l'

« Ensemble des règles de conduite admises à une époque ou par un groupe d'hommes ». Elle est la « théorie raisonnée du bien et du mal ». La morale est « l'ensemble des 'normes morales' c'est-à-dire des règles de conduite que les hommes s'assignent entre eux, au sein d'une société »<sup>31</sup>.

La morale existe là où il y a la société. Elle intervient en élaborant des lois, des règles, des normes, des commandements, des prescriptions auxquelles on doit se soumettre obligatoirement. La morale oriente ou guide la société et ses membres vers une meilleure destinée.

**Que conclure du lien entre l'éthique et la morale ?** De tout ce qui précède, il faut bien sûr distinguer *stricto sensu*, la morale de l'éthique. La morale s'entend comme autonomie du sujet ou liberté, et l'éthique qui garde évidemment son point de vue universel, tourné vers le tout. L'éthique rejoint la morale, l'impératif catégorique, dans la mesure où elle met au-dessus de tout le respect de la personne qui ne doit jamais n'être qu'un simple moyen mais toujours comme une fin.

Ainsi, **étymologiquement** parlant, la distinction entre l'éthique et la morale a peu de sens. Si le terme «éthique» renvoie au mot grec *ethos* et que «morale» trouve ses racines dans le substantif latin *mores*, *ethos* et *mores* traduisent cependant tous deux ce qui est du domaine des mœurs, des habitudes, des manières de vivre et de se comporter. Certains auteurs jugent cependant intéressant de garder des sens différents à ces deux termes. Parmi ces auteurs, Paul Ricœur<sup>32</sup> mérite certainement que l'on s'attarde un peu à ce qu'il a écrit.

<sup>31</sup> André LALANDE, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, PUF, 2012.

<sup>32</sup> Cfr «Éthique et morale» dans P. RICŒUR, *Lectures I*, Editions du Seuil, Paris, 1991.

Pour Ricœur, la différence fondamentale entre les termes *éthique* et *morale* réside dans le fait que d'un côté - pour l'éthique - on met l'accent sur ce qui est estimé bon et que de l'autre - la morale - on s'intéresse à ce qui s'impose comme obligatoire.

L'éthique se définit en termes de visée et plus précisément : *visée d'une vie bonne avec et pour les autres, dans des institutions justes*. L'éthique est dès lors traversée par un triple souci : (1) *souci de soi*, (2) *souci de l'autre*, (3) *souci des institutions* dans lesquelles on vit. Il s'agit ici d'insister sur la singularité de chaque situation et de chaque acteur qui y est impliqué. L'éthique concerne donc des décisions singulières prises par des acteurs singuliers (au cas par cas).

Si *l'éthique* est affaire de projet, d'intention, de visée, de singularité, la *morale*, quant à elle, est placée sous le signe de la contrainte, des normes, de l'obligation. Cette façon d'approcher la morale trouve ses racines chez le philosophe allemand Emmanuel Kant. Pour celui-ci, agir moralement, c'est tout simplement agir par devoir, en suivant aveuglément ce qu'il appelle «l'impératif catégorique» (*tu dois*), qui s'impose à tous, en toutes circonstances, de façon universelle.

Armé de cette distinction, Paul Ricœur affirme que c'est la *violence* qui nécessite que l'on ait recours à la morale. Les interactions entre les hommes sont malheureusement souvent placées sous le signe des rapports de force, du pouvoir des plus forts sur les plus faibles. Face à ces phénomènes, la visée d'une vie bonne ne suffit pas et le recours à des formes de contrainte s'avère nécessaire.

Cela étant dit, la règle, le devoir et la norme s'accommodent parfois très mal du quotidien. En effet, dans le concret de la vie de tous les jours, nous sommes

régulièrement confrontés à des situations où des règles s'entrechoquent, où des valeurs entrent en conflit. Par exemple, face à une personne atteinte d'une maladie incurable et de surcroît très faible psychologiquement, le médecin ou le personnel infirmier sera amené à concilier devoir moral de vérité et de sollicitude envers un patient qui ne supportera pas n'importe quelle vérité.

Cette qualité qui consiste en quelque sorte à savoir faire la part des choses entre les règles de la morale et la réalité d'un quotidien complexe, Ricœur l'appelle *sagesse pratique*. La *sagesse pratique* constitue pour Paul Ricœur la charnière entre une *éthique* et une *morale* qu'il y a lieu de distinguer mais non d'opposer. Il y a dans cette *sagesse* nuanciant les normes de la morale une attention à la «singularité des situations» qui renvoie directement à la visée éthique. Loin de stigmatiser l'antagonisme éthique / morale, Paul Ricœur propose dès lors de définir une dynamique subtile qui permette de passer de l'un à l'autre. Sans la morale et la notion de contrainte qui l'habite, l'intention éthique risque de tourner en rond et de profiter au plus fort ; mais, réciproquement, sans la vie de l'éthique, la morale demeure stérile.

Il se peut, par exemple, que face à une personne atteinte du SIDA qui refuse de révéler sa maladie à sa (son) partenaire, un médecin soit amené à s'interroger sur la notion de secret médical. Confronté à la norme qui lui impose la réserve, ce médecin peut chercher à prendre une décision qui tienne compte de la singularité de la situation qui se présente à lui (par exemple en informant lui-même les proches de son patient). Mais ayant réfléchi sur la situation particulière qui se présente à lui, le praticien pourra également estimer que la norme que constitue le secret médical a été établie pour protéger le patient et sauvegarder l'indispensable relation de confiance qu'il entretient avec son thérapeute. Dans ce cas, le médecin pourra préférer appliquer la règle et ne pas briser le secret professionnel.

Cette dynamique entre le champ de l'éthique et le champ de la morale constitue le cœur même de la «démarche éthique». Si de façon théorique, la sphère éthique ignore la norme ; en pratique, il n'est possible de *faire de l'éthique* qu'en ayant recours à la dialectique éthique - morale.

### **1.2.3. Ethique appliquée**

Une éthique appliquée est une recherche qui vise à appliquer ou à faire valoir des principes généraux dans un domaine d'action particulier (ici la recherche biomédicale et ses nombreuses applications). Une éthique appliquée ne cherche pas à déterminer les conditions de possibilité de la moralité ou les fondements de la morale.

Face à un problème, elle procède par analyse de cas et tente de fournir des orientations à l'action, en les ayant déterminées au besoin à partir d'un compromis rationnel, d'un juste équilibre entre des valeurs et des principes éventuellement divergents, tout en tenant compte des législations en vigueur.

Elle peut également tenter d'aboutir à des propositions normatives générales. C'est ainsi qu'elle exerce une double fonction : celle d'une casuistique doublée d'une morale.

Très généralement assimilée à cette tâche normative, la réflexion et la recherche bioéthique suscite une demande qui déborde parfois ses prétentions. Face à notre savoir et à nos capacités d'intervention sur les processus vivants, face aux nouvelles possibilités qu'esquissent les technologies de la vie, on attend de la bioéthique qu'elle balise le terrain, qu'elle nous fournisse des référents, des « garants », dont la fonction essentielle serait de poser des normes à la pratique.

Le plus souvent, l'exigence de « normes » veut dire : détermination des limites à ne pas franchir, des frontières à ne pas dépasser. Ainsi le clonage a-t-il souvent été présenté, sans autre souci de précision, comme une boîte de Pandore, un rêve de Frankenstein. Les rappels courageux de certains scientifiques à la réalité actuelle des possibilités de clonage n'ont pas toujours suffi à éloigner la peur, et c'est vers les bioéthiciens patentés que s'est tournée l'attente, au risque d'embraser le débat sur de vaines spéculations métaphysiques sur l'identité. Lorsqu'il est envisagé de cette manière, le rôle de la bioéthique consisterait à rappeler et à traduire le sens de valeurs incontestées et incontestables, telles la « dignité humaine » ou de « droit à la vie ».

La bioéthique étudie les problèmes moraux auxquels nous faisons face quotidiennement, que ce soit individuellement ou collectivement, et tente de les résoudre ou, à tout le moins, d'en faire progresser l'analyse. Un malade qui se demande s'il doit consulter un médecin ou s'il doit intervenir pour empêcher un ami de se suicider fait face à un problème individuel.

En revanche, se poser la question de savoir s'il est juste d'affecter dans le système de santé des soins aux bébés nés très prématurément, devient un problème qui se pose à une collectivité. Toutes ces considérations font partie de l'éthique appliquée. Les principales éthiques appliquées sont l'éthique professionnelle, l'éthique de la santé, l'éthique médicale, l'éthique déontologique.

#### **1.2.4. Éthique professionnelle**

Les pratiques, dans un corps de profession, poursuivent généralement un bien particulier dont l'atteinte nécessite des garde-fous. L'existence d'une morale propre à une profession paraît ainsi une évidence. À la morale commune est

associée une morale professionnelle indispensable à l'exercice de la profession et qui définit les règles de conduite à observer.

La profession est un métier, une fonction ayant un certain prestige social et intellectuel<sup>33</sup>. C'est aussi un vocable qui désigne l'ensemble des personnes exerçant un métier. La morale professionnelle peut donc être considérée comme un ensemble de règles de conduite jugées bonnes pour être développées au sein d'une profession. C'est un système institutionnel et disciplinaire comportant des cadres formels à divers niveaux où sont jugés et sanctionnés les comportements déviants. La morale professionnelle contient des règles au service comme la présence au poste de santé, la ponctualité, le secret professionnel, la courtoisie, le respect mutuel, le respect de l'autorité et règles hors service telles que la probité, la dignité, l'intégrité, le respect de la chose publique, l'exemplarité,...

Qu'il existe une morale propre à une profession paraît une évidence dès qu'on considère que les pratiques poursuivent un bien particulier. Dans le cas de la santé, ce bien consiste à bien assurer les soins de santé. Pour la magistrature, ce bien consiste en l'exercice de la justice. Il s'agirait de la santé pour la médecine, ou de l'éducation pour le professorat.

L'éthique professionnelle, souvent appelée déontologie, est une branche de l'éthique appliquée qui s'intéresse quant à elle aux problèmes moraux particuliers qui se posent aux professionnels, tels que les avocats, les ingénieurs, les médecins, les infirmières ou les travailleurs sociaux.

La morale professionnelle est supposée faire valoir une exigence générale d'intégrité et de cohérence de la pratique. Elle est aussi censée prendre en compte les intérêts des individus non professionnels qui y sont confrontés. On

---

<sup>33</sup> Cfr *Le Nouveau Petit Robert de la langue française*, Paris, le Robert, 2008.

lui demande, de plus, de fournir une orientation générale pour régler les situations, voire les dilemmes moraux que suscitent parfois les conflits entre les obligations des professionnels et les réquisits généraux que peuvent leur opposer l'ensemble des citoyens. Ces dilemmes sont nombreux dans la pratique médicale.

Par exemple, il peut arriver que la règle de secret professionnel entre en conflit avec des valeurs recommandées par la morale commune ou par une autre éthique professionnelle. Il peut arriver aussi qu'elle cause un préjudice à un tiers ou à l'ensemble de la société. La morale professionnelle serait la traduction concrète du fait que les professions, et c'est au plus haut point le cas pour la magistrature, sont sous-tendues par des valeurs et des principes.

Dans le cas qui nous concerne, la morale professionnelle doit être perçue comme l'ensemble des normes ou des valeurs propres au milieu sanitaire ; condition d'un exercice médical efficace et efficient. La morale professionnelle ici n'est rien d'autre qu'un code d'éthique et de déontologie propre au milieu médical, qui lui permet d'assurer efficacement sa mission constitutionnelle. La plupart de ces règles se retrouvent dans les différents instruments juridiques relatifs à la médecine.

Enfin, même si l'on admettait qu'il existe une moralité des rôles, il faudrait tout de même se demander ce qui pourra bien justifier la moralité des rôles et des domaines, pris à tel ou tel moment donné de l'histoire (avec la contingence que cela comporte) et tels qu'ils s'y trouvent être définis. On peut donc admettre qu'il y a un lien véritable entre la moralité des rôles et le paradoxe de l'éthique professionnelle. Mais il serait fâcheux, pour justifier la validité morale des normes de l'éthique professionnelle d'avoir recours exclusivement à la moralité des rôles. Car celle-ci est contestable, en tant que position éthique générale. De

plus, une telle fondation de l'éthique professionnelle dans l'éthique des rôles nous priverait de la possibilité de reconnaître le caractère inévitable du conflit entre morale professionnelle et morale générale.

### 1.2.5. Déontologie médicale

La déontologie vient d'une langue ancienne et d'une langue contemporaine<sup>34</sup>. Du grec « dei » = il faut, « onto » = ce qui est, et déonto = ce qu'il faut faire), la déontologie est définie comme une théorie des devoirs, selon *Le Petit Robert* ou un ensemble de règles qui régissent une activité ou une profession et qui, si elles ne sont pas respectées, peuvent donner lieu à des sanctions.

C'est en 1825 que le mot "déontologie" apparaît pour la première fois en langue française, dans la traduction de l'ouvrage du philosophe utilitariste anglais Jeremy Bentham (1748-1832) intitulée "*l'Essai sur la nomenclature et la classification des principales branches d'Art et Science*". Il a formé ce terme à partir des racines grecques « logos » : discours et « déontos » ; ce qu'il faut faire. Il s'agit de dire « si telle ou telle action doit ou ne doit pas être faite ». Elle correspond à un ensemble de devoirs et de règles »<sup>35</sup>. De façon plus explicite, la déontologie est un ensemble des devoirs, des obligations et des responsabilités qui incombent à une personne lors de l'exercice de ses fonctions. C'est pour cela d'ailleurs qu'elle est traditionnellement définie comme la science des devoirs.

La déontologie désigne l'ensemble des exigences et des règles morales propres à un domaine particulier, qui s'imposent à tous ceux qui pratiquent une profession : comprenons que chaque membre s'engage à les respecter par un serment explicite (pour les médecins : le serment d'Hippocrate) ou un engagement

---

<sup>34</sup> Bernard HERNI, *Ethique et déontologie médicale*, Paris, Masson, 1996, p.1.

<sup>35</sup> Ibidem.

implicite, (le professeur se doit de donner un corrigé des dissertations)<sup>36</sup>. La déontologie crée une obligation de règles auxquelles le praticien doit se conformer. Il y a un Code de déontologie qui contient un certain nombre de prescriptions, d'actions pour le médecin<sup>37</sup>.

Cette notion philosophique a évolué depuis le XIX<sup>ème</sup> siècle et se limite aujourd'hui à un ensemble de règles et de devoirs qu'impose à des professionnels l'exercice de leur métier. Nombreuses sont les professions qui disposent d'un code de déontologie, mais ce sont particulièrement les membres des professions libérales qui ont systématisé les conditions d'exercice de leur métier en codifiant celles-ci.

Ainsi médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, avocats, experts-comptables ou architectes obéissent à un droit disciplinaire qui leur est particulier. Ils disposent d'organes collégiaux représentant la profession et élus par elle qui sont chargés de veiller au respect des règles déontologiques.

Ces professions disposent de leurs propres organes de jugement pouvant rendre des décisions ayant force obligatoire. Les sanctions envisagées dans chaque corporation varient du simple blâme à la suspension voire l'exclusion en cas de manquement grave aux règles déontologiques. Certaines de ces règles sont difficilement codifiables. Ainsi la probité, le désintéressement, la confraternité ou l'honneur, qui sont des valeurs chères à de multiples ordres professionnels, ne font l'objet que d'une simple mention au vu de la difficulté de les définir strictement. Ces valeurs pourtant inhérentes à ces professions jouent un rôle majeur pour leurs membres et caractérisent la spécificité des règles déontologiques.

---

<sup>36</sup> Willy BONGO-PASI MOKE SANGOL, *Cours de bioéthique et d'éthique de l'environnement*, 5<sup>ème</sup> année-Environnement / Faculté des Sciences-Université de Kinshasa, 2016.

<sup>37</sup> Didier SICARD, *L'éthique médicale et la bioéthique*, PUF, Paris, 2009, p.5.

L'autonomie de chaque ordre professionnel est ainsi sauvegardée. L'État se réserve cependant un contrôle sur l'application et la promulgation des règles déontologiques qui doivent respecter l'ordre public. Ainsi, pour les avocats, chaque barreau établit lui-même son règlement intérieur sous le contrôle des tribunaux judiciaires qui peuvent en annuler les dispositions non conformes à la loi et à l'ordre public. De même lorsqu'une décision disciplinaire a été rendue par un ordre, celle-ci peut être annulée par les tribunaux judiciaires, si, par exemple, les droits de la défense n'ont pas été respectés.

La déontologie est obligatoire. Elle fait référence aux codes, droits et devoirs associés à un métier et à une fonction publique. La déontologie est sociale, pratique et appuyée sur la hiérarchie et la procédure disciplinaire d'une institution<sup>38</sup>.

Il existe autant de déontologies qu'il y a de fonctions de responsabilité<sup>39</sup>. Qu'en est-il de celle médicale ? Quels sont les grands axes qui constituent l'ossature inaltérable de la déontologie médicale ?

### **1.2.6. Ethique médicale**

L'Ethique médicale est l'exigence d'une certaine forme de comportement de la médecine au service du malade. Elle couvre tout le champ relationnel de la médecine<sup>40</sup>.

L'éthique médicale est la partie de l'éthique consacrée aux questions morales relatives à la pratique médicale. Elle est étroitement liée à l'éthique biomédicale et à la bioéthique sans toutefois leur être identique. Alors que l'éthique médicale

---

<sup>38</sup> Christian VIGOUROUX, *Déontologie des fonctions publiques*, Dalloz, Paris, 2006, pp.12-14.

<sup>39</sup> Cfr Claude CARE, « Morale, éthique, déontologie et droit », in *Administration et Education*, n°94, 2002.

<sup>40</sup> Didier SICARD, *L'éthique médicale et la bioéthique*, Paris, PUF, 1<sup>ère</sup> édition, 2009, p.3.

s'intéresse principalement aux problèmes soulevés par l'exercice de la médecine, la bioéthique est un vaste sujet qui concerne les questions morales liées au développement des sciences biologiques de manière plus générale. La bioéthique se différencie également de l'éthique médicale en ce qu'elle ne requiert pas l'acceptation de certaines valeurs traditionnelles qui, constituent le fondement de l'éthique médicale.

En tant que discipline universitaire, l'éthique médicale a élaboré son propre vocabulaire spécialisé, y compris plusieurs termes empruntés au domaine de la philosophie. Dès lors, que comprendre par l'éthique des soins ?

### **1.2.7. L'éthique des soins**

L'éthique des soins est une expression, un groupe nominal : éthique et soins. Il y a d'abord eu les soins et ensuite l'éthique des soins. Les deux ne sont donc pas contemporains. L'un est nécessairement antérieur à l'autre. En réalité, l'éthique dans les soins est apparue à la faveur du développement considérable des sciences biologiques et médicales. Si l'évolution rapide des technologies médicales peut améliorer la santé de la population, la réflexion éthique doit veiller à ce que le progrès respecte la dignité de l'homme et ne creuse pas davantage les inégalités de santé.

On sait que l'éthique est une réflexion, une recherche sur les valeurs humaines (la vie, la mort, le respect de la personne, la liberté, la confidentialité...), qu'elle amène à choisir entre plusieurs formes de bien, voire le moindre mal, qu'elle peut et doit évoluer dans le temps grâce à une démarche active d'échanges et de débats. L'éthique amène aussi à formuler les questions de manière à permettre à chacun de trouver, dans une situation donnée, la réponse la mieux adaptée au respect et au bien-être de l'autre. C'est « la morale en situation concrète ». Elle

est axée sur le bien du patient. Elle est différente de la Loi (impératif le plus souvent imposé par la collectivité à elle-même dont le non-respect expose à une punition). D'ailleurs, selon Ph. Barbarin,

*«Notre conscience est au-dessus de la loi, et tout ce qui est légal n'est pas forcément moral ... »<sup>41</sup>.*

C'est là qu'intervient la réflexion éthique.

Quant aux soins et plus précisément, les soins de santé, ils relèvent des sciences appliquées et des sciences biomédicales. Ils sont centrés, en ce qui nous concerne, sur la santé de l'Homme. Ils impliquent non seulement la recherche, l'étude et la connaissance de la santé, mais également l'application de cette connaissance afin d'améliorer la santé, de guérir des maladies, et d'améliorer le fonctionnement du corps. Les soins de santé se fondent sur la médecine, la pharmacologie, la biologie, la chimie et la physique ainsi que les sciences sociales (par exemple la sociologie, l'anthropologie). Ils sont contemporains des mœurs et tiennent compte des thématiques d'éthique et de bioéthique, tels que la vie privée, l'avortement, l'euthanasie, le clonage ou encore les manipulations génétiques.

Cela étant, l'éthique des soins apparaît comme la critique ou la réflexion critique des soins qui se donnaient jusque-là dans le but de mesurer leur degré ou leur dimension éthique. Quand nous parlons de l'éthique des soins, nous voulons souligner que les soins sont modifiés sous l'angle du rapport à l'autre, non pas comme un être banal, mais comme une personne.

---

<sup>41</sup> Actes du Colloque international de Cotonou, Bioéthique et réalités africaines, Cotonou, du 10 à 14 juin 2013, p.35.

Donc il y a déjà un rapport philosophique, un regard philosophique sur la personne du patient. Mieux, quand on parle de l'éthique des soins, il s'agit d'un rapport à l'être qu'on soigne, qui motive à traiter cet être là comme une personne. C'est l'éthique comme le rapport à l'autre, comme un autre soi-même. Par exemple, quand on parle de l'éthique de l'environnement aujourd'hui, c'est la même chose. L'environnement n'est pas un milieu indifférent à l'être dans la mesure où ce que nous faisons, touche l'environnement et du coup a des répercussions sur nous. Et comme le dit le Pape François :

*« l'univers, le cosmos, c'est notre maison commune »<sup>42</sup>.*

Ce qui touche à l'univers, au monde extérieur, nous touche aussi. C'est cela, le rapport éthique. On ne peut se permettre de traiter le monde extérieur, comme quelque chose d'extérieur, d'indifférent.

Le soignant ne peut pas se permettre de traiter le patient comme un quelconque, c'est-à-dire de façon quelconque. Dans le patient, il rencontre lui-même. Ce qui arrive au patient, peut lui arriver aussi. Il doit le traiter comme une part de soi-même, comme un autre soi-même. Et cela commence tout simplement dans la qualité du soin. C'est-à-dire qu'il ne faudra pas qu'on vienne à dire, mais « qui est-ce qui a soigné celui-ci ? » ; « Qui est-ce qui a soigné telle personne ? » ; « Comment-est-ce qu'un médecin peut soigner quelqu'un comme ça ? ».

C'est dire que sur le patient, on doit apprécier aussi la qualité du soignant. C'est en cela aussi que c'est un autre soi-même. C'est d'ailleurs pour cela que le

---

<sup>42</sup> FRANÇOIS (Pape), *Loué sois-tu. Laudato si'*, Paris, Le Cerf/Bayard/Mame, coll. « Docs églises », 2015, 120 p. Voir aussi les Editions Salvator, Éditions de l'Emmanuel, Téqui, Parole & Silence, Qasar. Voir également *Lettre encyclique Laudato si' : La sauvegarde de la maison commune*, Vatican, 18 juin 2015, 192 p., PDF (lire en ligne au format texte).

médecin dira : « c'est mon patient. C'est moi qui m'occupe de lui ». Et, en France, dans la déontologie des médecins<sup>43</sup>, quand un médecin suit un patient, un autre médecin ne peut pas venir se placer comme si de rien n'était.

La solidarité entre « semblables » ou pairs, la « confraternité » s'impose pour éviter les complications superflues, pour assurer au contraire le bon fonctionnement de la profession .S'il doit le faire, c'est en accord avec l'autre. Il en est de même pour un acte qui ne relève pas de sa compétence, parce qu'il ne sait pas ce que le premier traitant a administré au patient. Il faut tenir compte de tous ces paramètres. Et quand on va en consultation pour une maladie qui n'est pas nouvelle, on y va avec le dossier antérieur. Ça montre qu'il y a une continuité. Tout cela devrait appartenir à l'éthique des soins. C'est le côté éthique et toujours en accord avec lui.

On ne se comporte pas comme si on avait plus de compte à rendre. On doit toujours rendre compte. On doit se comporter de telle manière que, quand on ne sera plus là, les gens puissent dire, ici est passé un soignant de qualité. Que toute personne qui viendrait apprécier les soins qui ont été donnés un moment, puisse dire : « Ah ! C'est des soins vraiment de qualité ». C'est tout cela que nous mettons dans l'éthique des soins. Et que par-delà les soins même, on vise à reconnaître le soignant même s'il n'est plus là. Qu'on vise à lui tirer le chapeau comme on le dit vulgairement. Qu'on vise à reconnaître en lui un bon soignant. Donc tout cela relève de l'éthique en tant que rapport à l'autre, un rapport à l'autre dans l'agir. Comme justement la maxime de Kant. Il faut que tu puisses être éligible en règle universelle .Quand on parle de l'éthique des soins, quelle est la valeur exemplaire des soins donnés ? Est-ce qu'un soignant peut soigner à moitié ? Est-ce qu'il peut dire je ne te donne pas la totalité des soins parce que tu

---

<sup>43</sup> « Dans l'intérêt des malades, les médecins doivent entretenir de bons rapports avec les membres des professions de santé. Ils doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci et le libre choix du patient », Code de Déontologie, Article 68.

n'es pas venu dans mon cabinet ? Ou bien je n'ai pas le temps ?

Terminons ce chapitre en insistant que pour appuyer ces définitions, il est nécessaire d'examiner les différentes théories relatives à la qualité des soins. C'est l'objet de notre deuxième chapitre consacré à l'approche théorique.

## **CHAPITRE DEUXIEME : APPROCHE THEORIQUE**

Il existe plusieurs théories relatives à la qualité des soins et à l'exercice de la profession médicale. Ces théories sont des modèles qui nous invitent à réfléchir sur les problèmes de déontologie et d'éthique médicale au Bénin.

Nous passerons en revue les deux principales théories suivantes : (1) les théories philosophiques : éthique et bioéthique ; (2) les théories biomédicales.

### **2.1. Les théories philosophiques**

Les théories philosophiques impliquées dans cette recherche sont des théories éthiques et les théories bioéthiques.

#### **2.1.1. Les théories éthiques**

Les théories éthiques sont d'une diversité au point où l'on ne saurait en faire un exposé exhaustif. Riches les unes que les autres, nous nous sommes contentées de procéder à une sélection de la pensée éthique de quelques philosophes. Car, si l'éthique médicale et infirmière a des racines avant notre ère, il importe de faire remarquer que beaucoup d'autres formes d'éthique ont aussi bien contribué dans le développement de la bioéthique et continuent de se fructifier dans les réflexions de bon nombre de philosophes contemporains ou simplement de nos jours.

Parmi ces auteurs, nous avons choisi de recourir aux études de trois philosophes contemporains, à savoir Robert Misrahi, Jean-François Malherbe, et Paul Ricœur.

Le choix de ces philosophes contemporains contribue à effacer une certaine idée de la philosophie en général et de l'éthique en particulier, comme une activité intellectuelle essentiellement spéculative, éloignée de toute emprise aux faits actuels de nos sociétés. Cette image négative de la philosophie fait que celle-ci se voit souvent qualifiée a priori d'«inutile», d'«inappropriée» dans le traitement de certains problèmes contemporains dont par exemple celui de la qualité des soins et de la pratique médicale.

Le choix porté sur ces philosophes se fonde sur le fait qu'ils ont consacré une partie de leur œuvre à réfléchir sur le sens du concept d'éthique. Il s'agit de :

1. Paul Ricoeur, dans son livre «*Soi-même comme un autre*», (1990).
2. Robert Misrahi, dans «*La signification de l'éthique*» (1995) ; et « *Qu'est-ce que l'éthique ?* », (1997).
3. Jean-François Malherbe, dans les ouvrages suivants : «*Pour une éthique de la médecine*», (1987) ; «*Matériaux pour penser l'éthique clinique comme philosophie du singulier*», (1996) ; «*Sujet de vie ou objet de soins ? Introduction à la pratique de l'éthique clinique*», (2007).

Il s'agit de découvrir une voie de l'éthique, celle issue de la tradition de la philosophie existentielle, qui invite à passer d'une éthique du savoir à une éthique en acte. L'éthique apparaît ici comme une « praxis », ou exercice de soi, une épreuve de l'être, ou rapport à l'altérité, un savoir-être, ou connaissance existentielle.

Toute Pratique soignante présuppose une vision de l'homme et de la vie, de la santé et de la maladie, une certaine manière d'être au monde, qu'il s'agit ici d'interroger à partir de l'œuvre de ces penseurs majeurs de l'éthique existentielle.

Partir à la rencontre de l'existant qu'est l'être humain, c'est retrouver cette parole compréhensive et sensible qui nous fait cheminer vers l'essentiel et qui nous offre la possibilité d'une construction de soi en lien avec un engagement pour les autres, et ce, dans une triple perspective : fonder, agir, aimer.

### **2.1.1.1. L'éthique de Jean-François Malherbe<sup>44</sup>**

Jean-François Malherbe considère l'éthique comme une herméneutique de l'action dans une situation problématique donnée<sup>45</sup>. Une situation problématique est à comprendre comme une situation dans laquelle soit l'action la plus humaine ne se dégage pas d'emblée soit l'action est confrontée à des obstacles majeurs<sup>46</sup>.

Dans ce cas, l'effort éthique consiste à faire triompher la conscience du sujet, à faire émerger ce que Malherbe appelle «la lucidité critique», entendez la capacité de réflexion qui nous permet de doubler notre pensée d'une recherche perpétuelle de clarté et de vérité. Elle relève de la conscience intellectuelle.

De façon claire, Malherbe opère une distinction nette entre morale et éthique. Il appelle morale «tout système de valeurs lié à une tradition culturelle quelle qu'elle soit». Il ajoute :

---

<sup>44</sup> - Jean-François Malherbe est un philosophe et un écrivain né à Bruxelles en 1950 et décédé le 14 décembre 2015 en Suisse.

Docteur en philosophie de l'Université catholique de Louvain et en théologie de l'Université de Paris, il a publié de nombreux ouvrages d'éthique et de philosophie. Successivement professeur aux universités de Louvain (Belgique), Montréal, Sherbrooke (Québec, Canada), il a été titulaire de la Chaire de philosophie morale de l'Université de Trente (Trento, Italie). Formateur à l'Institut Améthyste à Grange-Marnand (Suisse), il a été également professeur à l'École supérieure en éducation sociale de Lausanne. Il a assumé la Présidence du Comité d'éthique de la Police municipale de Lausanne et a animé de nombreux séminaires et sessions de formation en Belgique, en France, en Italie, au Québec et en Suisse. Son dernier ouvrage porte sur l'éthique de quelques philosophes "hérétiques".

<sup>45</sup> J.-F. MALHERBE, *Matériaux pour penser l'éthique clinique comme philosophie du singulier*, Département de Philosophie, Université de Montréal, Montréal, 1996, p.44.

<sup>46</sup> Ibidem.

*«Parmi ces systèmes hérités des traditions, certains comportent des obligations, d'autres des interdits, d'autres sont des conseils»<sup>47</sup>. Il définit la morale d'une société comme «l'ensemble des maximes d'actions que les membres de cette société considèrent implicitement ou explicitement comme acceptables»<sup>48</sup>.*

Elle s'extériorise à travers des pratiques morales ou des conduites acceptées dans la population.

L'éthique se manifeste non seulement comme «un art de créer des maximes d'actions universalisables, à partir d'une ou de plusieurs traditions morales, dans des situations problématiques chaque fois singulières», mais aussi comme,

*« un art de vivre des exigences universelles dans des situations singulières»<sup>49</sup>.*

Malherbe considère l'éthique comme une dialectique entre une situation singulière et des exigences universelles. Celles-ci se fondent sur ce que Malherbe appelle «la solidarité ontologique des humains». Cela veut dire que si quelque chose affecte chacun de nous dans sa singularité, cela affecte l'humain dans son universalité. Cela, même de façon infinitésimale.

Alors l'exigence universelle se veut une exigence de prise en considération «dans chaque acte singulier sa portée infinitésimalement universelle»<sup>50</sup>.

---

<sup>47</sup> Idem, p. 47.

<sup>48</sup> Idem, p. 46.

<sup>49</sup> Idem, p.47.

<sup>50</sup> Idem, p.48.

Malherbe invite ainsi tout humain à mesurer son action par rapport à cette exigence d'universalité. Pour ce faire, il propose quelques principes à respecter par le sujet humain s'il veut que son acte soit conforme à cette exigence universelle.

Selon lui, un acte sera humain, s'il se conforme aux trois principes fondateurs de l'humain<sup>51</sup>:

- a) Tu ne tueras pas ton semblable.
- b) Tu n'instrumentaliseras pas ton semblable.
- c) Tu ne mentiras pas à ton semblable.

Si ces principes instituant l'humain ne sont pas respectés, alors l'humain régresse en humanité. S'ils sont respectés, alors l'humain progresse en humanité. Ils sont souvent enfouis dans l'inconscient mais peuvent être portés au langage par un travail philosophique adéquat, par une éducation à l'éthique.

En effet, explicite Malherbe,

*« si j'instrumentalise l'autre, j'en fais mon «bras droit» par lequel je jouis dans la dénégation de la subjectivité de l'autre. Je le réduis à moi. Alors que l'humain est un être capable de se définir lui-même dans le dialogue avec ses semblables »<sup>52</sup>.*

Malherbe définit aussi l'éthique comme,

*« la réflexion personnelle que mène un sujet (en dialogue*

---

<sup>51</sup> Idem, p.52.

<sup>52</sup> J.-F. MALHERBE, op.cit., p.53.

*avec d'autres sujets) pour créer la réponse la plus noblement humaine à la question : qui deviens-tu ? »<sup>53</sup>.*

Il reformule cette définition un peu plus explicitement en ces termes : «Si je fais ceci ou cela et que personne ne le sait, suis-je encore capable de me regarder dans les yeux et affirmer face au miroir: oui, j'ai fait ce qu'il y avait de mieux (ou de moins mauvais) à faire »<sup>54</sup>. Le sujet se met en face de son action propre. Il doit se juger, s'auto-évaluer, évaluer son agir. C'est pourquoi Malherbe préfère considérer l'éthique comme **«une école de formation à l'autonomie de jugement»<sup>55</sup>**. Une autonomie de jugement qui est menacée de blocage par de nombreuses contraintes sociales, par des traditions autoritaires et du dogmatisme religieux.

Et si l'éthique est considérée comme une école de formation à l'autonomie de jugement, c'est parce que c'est là où on apprend à ne plus chercher d'impossibles certitudes et à vivre avec son incertitude, son «inquiétude angoissée ». Malgré cela, l'éthique ne doit pas être considérée comme un engagement à l'individualisme. Car elle souligne «la nécessaire créativité des sujets qui composent une société et qui, ensemble, cherchent à vivre leur vie le mieux (ou le moins mal) possible »<sup>56</sup>. L'éthique met en valeur à la fois l'unicité de chaque sujet et l'entrelacement de trajectoires personnelles.

En partant de cette conception de l'éthique comme une école de formation à l'autonomie de jugement, Malherbe indique quelques traits essentiels qui

---

<sup>53</sup> J.-F. MALHERBE, *Sujet de vie ou objet de soins? Introduction à la pratique de l'éthique clinique*, Editions Fides, Montréal, 2007, p.15.

<sup>54</sup> Idem, p.14.

<sup>55</sup> Idem, p.15.

<sup>56</sup> J.-F. MALHERBE, *Sujet de vie ou objet de soins? Introduction à la pratique de l'éthique clinique*, Editions Fides, Montréal, 2007, p.17.

devraient caractériser une démarche éthique. Il en donne trois :

- 1° faire apparaître la nécessité de l'autonomie de jugement des citoyens,
- 2° mettre en lumière la nécessité pour nous d'apprendre à vivre avec notre incertitude,
- 3° souligner la nécessité de ne pas enfermer l'éthique dans la subjectivité mais la considérer comme un art de la réciprocité<sup>57</sup>.

Pour lui, le meilleur chemin pour apprendre à vivre en bonne intelligence avec notre incertitude est la pratique de ce qu'il appelle «l'éthique dialogique». Les pierres angulaires de l'éthique dialogique sont justement l'autonomie et la réciprocité<sup>58</sup>.

Une personne ou une institution est vraiment autonome si elle se donne elle-même sa propre loi, si elle est elle-même son propre législateur, et si elle définit son appartenance à l'humanité commune. Selon lui, plus nous sommes authentiques, plus nous sommes autonomes et plus nous sommes éthiques. Et nous vivons notre vie de façon authentique lorsque nos décisions et nos discours, nos actes et nos discours se trouvent en harmonie entre eux. Et dès qu'il y a un manque d'harmonie, alors à ce moment-là, nous sommes confrontés à la question éthique. Et l'éthique devra nous aider à réduire autant que se peut ce manque d'harmonie, cet écart entre le dire et le faire.

Malherbe va faire de **l'autonomie réciproque** son véritable principe éthique fondamental<sup>59</sup>. Il demande à tout sujet humain de cultiver l'autonomie de tous les autres qu'on rencontre. Car, un être humain est un être appelé à cultiver l'autonomie d'autrui en réponse au fait qu'il tient d'autrui son existence, sa

---

<sup>57</sup> Ibidem.

<sup>58</sup> Idem, p.18.

<sup>59</sup> J.-F. MALHERBE, *Sujet de vie ou objet de soins? Introduction à la pratique de l'éthique clinique*, Editions Fides, Montréal, 2007, pp.27-107.

situation et son héritage. Ainsi, dira-t-il, «Agis en toutes circonstances de façon à cultiver l'autonomie d'autrui, et la tienne se développera de surcroît»<sup>60</sup>. L'autonomie n'est donc pas synonyme d'autarcie qui signifie le choix de disposer souverainement de soi<sup>61</sup>. Elle est plutôt le droit le plus inaliénable de l'individu, **le droit de déterminer librement les lois auxquelles il se soumet**. En effet, nulle loi ne saurait lui être imposée arbitrairement.

Il nous faut garder présent à l'esprit que l'autonomie de tout un chacun est la condition de l'autonomie de soi. A ce niveau, la tâche éthique devrait consister à tirer les conséquences pratiques de cette radicale réciprocité de l'humain par la création des règles de la convivialité des humains garantissant leurs autonomies. Et comme chaque génération est héritière d'un ensemble de règles qui lui sont léguées par la génération antérieure, au nom du principe d'autonomie, chaque génération pourra supprimer, modifier les règles anciennes et en ajouter des nouvelles.

Malherbe va clarifier son principe d'autonomie qu'il appelle avec justesse la règle d'or de l'éthique :

*« Agis en toutes circonstances de façon à cultiver l'humanité de l'humain qui est un bien incalculable, objet de créativité indéfinie et inépuisable »<sup>62</sup>.*

Il complexifie son approche du principe d'autonomie en décrivant cinq paliers qui sont : l'autonomie biologique, l'autonomie psychique, l'autonomie civique, l'autonomie éthique et l'autonomie mystique.

---

<sup>60</sup> Ibidem, p.81.

<sup>61</sup> Ibidem, p.51.

<sup>62</sup> Ibidem.

**L'autonomie biologique** est, pour Malherbe, «la condition de possibilité de toute forme humaine d'autonomie». Cette autonomie apparaît dans l'histoire d'un individu lorsqu'il n'est plus directement dépendant d'autrui pour survivre, pour satisfaire ses besoins biologiques essentiels, se nourrir, se protéger»<sup>63</sup>. Elle est la condition de possibilité des autres paliers.

**L'autonomie psychique** correspond à la capacité d'un individu à travailler à son auto-développement, à son autoréalisation. L'autonomie psychique consiste

*«à être capable de décider par soi-même de ce qu'on fait, en tenant compte des conseils et avis qu'on peut recevoir, mais sans être prisonnier d'aucun conseil ni avis»<sup>64</sup>.*

Elle est en fait notre capacité de dire non et de dire oui avec une vraie liberté intérieure.

Malherbe considère **l'autonomie civique** comme l'affirmation du droit de disposer librement de soi-même, c'est-à-dire l'exercice des droits du citoyen à l'autonomie, à l'autodétermination. Il distingue assez nettement l'autonomie de l'autodétermination.

L'autonomie est comprise comme la prise de conscience de soi-même que l'autre humain est la condition de possibilité de sa propre existence. C'est reconnaître la présence, la différence, et l'équivalence d'autrui, de respecter la vie de l'autre, de s'interdire de l'homicide, de l'inceste et du mensonge.

---

<sup>63</sup> J.-F. MALHERBE, *Matériaux pour penser l'éthique clinique comme philosophie du singulier*, Département de Philosophie, Université de Montréal, 1996, p.66.

<sup>64</sup> Idem, p.69.

L'autonomie c'est aussi assumer sa solitude, sa finitude, son incertitude, cultiver les valeurs de solidarité, de dignité et de liberté<sup>65</sup>. C'est pourquoi J.-F. Malherbe écrit :

*« Un être humain qui a pris conscience de ce qu'il est dans son humanité cultive l'autonomie d'autrui et la sienne se développe par surcroît »<sup>66</sup>.*

A ce niveau, l'autonomie se révèle comme une ouverture à autrui, un dialogue avec l'autre par le canal de la parole. Elle se situe au plus profond de nous-mêmes dans le dialogue avec autrui. Malherbe définit un être autonome comme étant celui qui

*« jour après jour s'efforce de vivre selon cette loi qu'il découvre au fond même de son humanité »<sup>67</sup>.*

L'autonomie ne tire pas son origine en dehors de l'homme. Selon Malherbe :

*« C'est l'expression de notre humanité même, que nous lisons dans la trace de l'autre en nous »<sup>68</sup>.*

Quant à l'autodétermination ou l'autonomie de la volonté, elle est à saisir comme la capacité individuelle de se décider à partir de l'autonomie de la volonté, à partir de la volonté elle-même sans se référer aux propriétés des objets du vouloir.

---

<sup>65</sup>J.-F.MALHERBE, *Autonomie et prévention. Alcool, tabac, sida dans une société médicalisée*, Ed. Fides, Montréal et Artel, Québec, 1994, p.130.

<sup>66</sup> Idem, p.121.

<sup>67</sup> Idem, p.130.

<sup>68</sup> Ibidem.

L'autonomie de la volonté devient ainsi le critère qui offre la mesure du permis, de l'interdit moralement et de la moralité d'un acte. Elle offrirait à l'éthique une base raisonnable. Malherbe estime que l'autodétermination est le pouvoir du citoyen, la liberté du citoyen de disposer de soi-même pour autant qu'il ne nuise pas aux autres<sup>69</sup>. Elle s'exprime à travers le contrat social ou convention collective ou chartes reconnus par les citoyens. Elle est l'application tout à fait légitime de la charte des droits du citoyen.

Malherbe fait observer que l'autodétermination ne résout pas toutes les situations de conflit entre citoyens dans la mesure où il y a des droits individuels légitimes qui s'opposent à l'exercice d'autres droits individuels légitime, et l'exercice de certains droits individuels qui peut nuire à d'autres. Elle présente des faiblesses car elle ne dit pas,

« *Comment vivre sans faire de tort à mon voisin* »,

« *Comment vivre en bonne intelligence avec son voisin* »,

« *Comment vivre en coexistence pacifique* »,

« *Comment construire ensemble une société conviviale* » ?<sup>70</sup>

L'autodétermination conduit ainsi à « un repli sur soi juriste »<sup>71</sup>. Elle renvoie au problème du sujet en proie à l'individualisme exacerbé lorsqu'il s'exprime comme s'il ignorait que l'autre aussi a droit à cette même autonomie. Le problème qui se pose alors est de

---

<sup>69</sup> J.-F. MALHERBE, *Matériaux pour penser l'éthique clinique comme philosophie du singulier*, Département de Philosophie, Université de Montréal, 1996, p.73.

<sup>70</sup> Ibidem.

<sup>71</sup> Ibidem.

*«savoir comment vivre une autonomie déjà reconnue, entérinée, canonisée, coulée en forme de charte, face à l'autre qui a les mêmes droits que moi »<sup>72</sup>.*

Pour ce faire, nous avons besoin d'une éthique afin que chaque citoyen fasse l'apprentissage de l'art de cultiver l'autonomie de chacun des autres avec la conviction que

*« mon autonomie à moi sera d'autant plus riche et profonde que je me consacrerai à cultiver l'autonomie de mes voisins »<sup>73</sup>.*

Quant à l'**autonomie éthique**, elle est centrée sur la relation, sur la réciprocité entre l'autre et moi. Cette autonomie s'exprime

*«dans la parole où je me risque à tenter de dire qui je suis devant l'autre et où j'accueille le même risque pris par l'autre, où j'entre dans la dimension de la réciprocité des consciences, des intentionnalités, des existences»<sup>74</sup>.*

L'autonomie éthique consiste à créer des modes de convivialité en s'appuyant sur une analyse anthropologique des conditions de possibilités de la convivialité. Ces conditions sont au nombre de trois :

- 1° *« respecter la vie d'autrui,*
- 2° *considérer autrui comme une fin et non comme un moyen,*
- 3° *dire la vérité à autrui»<sup>75</sup>.*

---

<sup>72</sup> Ibidem.

<sup>73</sup> Idem, p.74.

<sup>74</sup> Ibidem.

<sup>75</sup> Idem, p.75 (la numérotation est nôtre).

Ainsi pour Malherbe, l'autonomie éthique culmine dans la question de savoir si l'autonomie humaine intégrale ne consiste pas à vivre tout simplement la vie comme elle se donne à vivre, en veillant lucidement et généreusement à respecter l'intégrité d'autrui sans l'instrumentaliser et à le considérer comme un interlocuteur dans la recherche de la vérité.

### **2.1.1.2. L'éthique de Paul Ricoeur<sup>76</sup>**

Paul Ricoeur met l'accent sur «ce qui est estimé bon» pour parler de l'éthique et sur «ce qui s'impose comme obligatoire» pour parler de la morale afin de distinguer éthique et morale, les deux mots étant étymologiquement synonyme

---

<sup>76</sup> - Paul Ricoeur (27 février 1913, Valence – 20 mai 2005, Châtenay-Malabry) est un philosophe français. Il développa la phénoménologie et l'herméneutique, en dialogue constant avec les sciences humaines et sociales. Il s'intéressa aussi à l'existentialisme chrétien et à la théologie protestante. Son œuvre est axée autour des concepts de sens, de subjectivité et de fonction heuristique de la fiction, notamment dans la littérature et l'histoire.

Né en 1913, Paul Ricoeur, orphelin de mère, perd son père à la guerre en 1915. Il découvre la philosophie au lycée de Rennes avec Roland Dalbiez. Il est de confession protestante. Licencié en philosophie à l'université de Rennes à vingt ans, il est reçu deuxième à l'agrégation en 1935. La même année, il épouse Simone Lejas, à Rennes.

Trois enfants naîtront avant la guerre, deux après les années de captivité. Longtemps partisan du pacifisme et d'une théologie de gauche radicale, il se résout tardivement à l'importance des institutions étatiques. C'est à Paris, dans les années 1930, qu'il poursuit son apprentissage philosophique avec Gabriel Marcel. Il y découvre les écrits d'Edmund Husserl, travail qu'il poursuivra en traduisant en cachette *Ideen I* au cours de sa captivité en Poméranie à l'Oflag II-B de 1940 à 1945.

Après la guerre, il enseigne trois ans au Collège Cévenol du Chambon où il achève sa thèse sur la volonté. En 1948, il est nommé à l'université de Strasbourg, avant de devenir professeur à la Sorbonne en 1956.

Il vit aux Murs blancs, lieu communautaire personnaliste fondé par Emmanuel Mounier à Châtenay-Malabry où vivaient aussi Paul Fraise et Simone Fraise. Il écrit régulièrement dans la revue *Esprit* et dans celle du *Christianisme social*.

Il enseigne parallèlement pendant dix ans à la faculté de théologie protestante de Paris. En 1964, il rejoint le département de philosophie de l'université de Nanterre. Le 17 mai 1968, solidaire des étudiants en lutte, il démissionne de la direction du département de philosophie. Le 18 avril 1969, il est élu doyen de la faculté des Lettres et Sciences humaines (l'université de Nanterre ne sera créée officiellement qu'en 1970). Son bureau est alors régulièrement envahi, il est pris à partie, souvent insulté, jusqu'à ce qu'on le coiffe d'une poubelle.

La réforme dite « Edgar Faure » provoque une vive opposition. Le ministre de l'Intérieur, Raymond Marcellin, envoie la police sur le campus. Les charges violentes feront près de deux cents blessés. Il démissionne le 9 mars 1970 de ses fonctions de doyen et accepte un poste à l'université catholique de Louvain qui abrite les archives Husserl ; il y enseigne pendant trois ans. Tout en animant un séminaire renommé aux archives Husserl à Paris<sup>1</sup>, il entre en 1970 au département de philosophie de l'université de Chicago et partage alors son temps entre les États-Unis et la France. A partir des années 1980, Paul Ricoeur alterne des œuvres et des recueils de textes où la philosophie dialogue avec le droit, l'exégèse, l'histoire, etc.

Le 7 janvier 1998, Simone Ricoeur s'éteint, après soixante-trois ans de vie partagée avec Paul. Jusqu'à sa propre mort en 2005, le philosophe poursuit son œuvre.

de mœurs (*ethos, mores*)<sup>77</sup>.

Il définit l'éthique en termes de visée, de finalité d'une vie accomplie sous le signe des actions estimées bonnes. Et la morale est définie par son côté obligatoire, marqué par des normes, des obligations, des interdictions caractérisées à la fois par une exigence d'universalité et par un effet de contrainte. En éthique, on met l'accent sur le prédicat «bon» et en morale sur le prédicat «obligatoire».

La visée de l'éthique est la vie bonne avec et pour les autres dans des institutions justes tandis que la visée morale se situe dans l'articulation de la vie accomplie à travers des normes caractérisées par la prétention à l'universalité et par un effet de contrainte<sup>78</sup>.

Cependant, cette différenciation établie par Ricoeur ne signifie pas une rupture entre les deux termes. Il détermine un rapport à la fois de subordination et de complémentarité renforcé par le recours final de la morale à l'éthique lorsque la norme conduit à des impasses pratiques<sup>79</sup>.

Dans sa vision éthique des évaluations immédiates, l'action se situe dans une conception téléologique tandis que la vision morale se situe dans une perspective déontologique, c'est-à-dire une morale du devoir s'imposant du dehors par rapport à l'agent de l'action. L'approche téléologique que Ricoeur adopte nous permet de comprendre plus clairement que l'action peut être évaluée soit dans une perspective morale soit dans une perspective éthique.

Explicitons pour l'instant, de façon plus complète la définition de l'éthique

---

<sup>77</sup> Paul RICOEUR, *Soi-même comme un autre*, Editions du Seuil, Paris, 1990, p. 200.

<sup>78</sup> Idem, p. 201.

<sup>79</sup> Ibidem.

comprise chez Ricœur comme

*«visée d'une vie bonne avec et pour les autres dans des institutions justes»<sup>80</sup>.*

Nous l'avons souligné plus haut, la visée de l'éthique est de rechercher à travers les actions, la vie bonne. La vie bonne est synonyme de «vivre bien», synonyme de «vraie vie». Un individu qui pose un acte conformément à cette visée éthique de la vie bonne, lors de l'accomplissement de l'acte, garde à l'esprit le souci de soi, le souci de l'autre et le souci de l'institution dans laquelle il vit.

C'est pourquoi la vie bonne est le couronnement, la fin ultime de toute action. Dans le vivre bien, le bien est ce qui manque à tous les biens. Le bien n'est pas saturable<sup>81</sup>. La visée de la vie bonne trouve son ancrage fondamental dans la praxis. Et la téléologie interne à la praxis se manifeste comme principe structurant de la visée de la vie bonne.

C'est pourquoi, pour Ricœur, on doit délibérer plutôt sur les moyens d'atteindre les fins mais pas sur les fins elles-mêmes dans la mesure où «une fois que chacun a posé une fin, il examine comment et par quel moyen, il la réalisera», la délibération portant sur le choix du moyen le plus approprié<sup>82</sup>.

Nous sommes prévenus par Ricœur, il n'est pas à notre portée de discuter sur la fin de l'acte mais sur les moyens utilisés pour arriver à cette fin :

*«Si la délibération doit porter sur les choses qui dépendent de nous, les moyens de nos fins sont bien ce qui est le plus en notre pouvoir ; la visée des fins doit être renvoyée du côté du souhait qui porte volontiers sur des choses hors de*

---

<sup>80</sup> Paul RICOEUR, *Soi-même comme un autre*, Paris, Editions du Seuil, 1990, p. 202.

<sup>81</sup> Idem, p. 203.

<sup>82</sup> Idem, p. 204.

*notre pouvoir*»<sup>83</sup>.

Par exemple, le plaisir ou la procréation peuvent être considérés comme des fins pour l'acte hétérosexuel. Il ne faut pas en discuter. Il faut discuter sur les moyens utilisés pour atteindre le plaisir ou la procréation.

Il importe de noter que la perception de la visée de l'acte comme celle de la visée des moyens utilisés pour accomplir l'acte exige de la part de l'individu de l'estime de soi, celle-ci étant à comprendre comme moment réflexif sur la praxis. On retrouve là une caractéristique essentielle de l'éthique. Elle est une réflexion personnelle, une méditation profonde sur l'action en une situation donnée.

Et en appréciant l'action, le sujet s'apprécie lui-même comme en étant l'auteur. A l'issue de l'évaluation, il a la possibilité d'opérer le choix entre la possibilité d'agir encore de la même manière dans la même situation si l'opportunité lui est donnée ou d'agir autrement. Pour tout cela, le moment d'estime de soi, le moment réflexif est donc indispensable.

Cependant, ce qui est fondamentalement estimable en soi-même, ce qui doit faire l'objet du «souci de soi», concerne d'abord la capacité d'agir intentionnellement, c'est-à-dire la capacité de choisir pour des raisons, de préférer ceci ou cela, ensuite la capacité d'introduire des changements dans le cours des choses, de commencer quelque chose dans le monde, la capacité d'initiative. C'est essentiellement en cela que l'estime de soi est un moment réflexif sur la praxis. Nous pouvons dire que l'estime de soi est le mouvement originel de l'action dans le sujet. Il nous semble donc clair ici que c'est à partir

---

<sup>83</sup> Ibidem.

de la réflexion du sujet lui-même que doit commencer le processus de changement en prenant du recul sur son désir d'agir et en l'interrogeant sans complaisance.

Par exemple, face au désir sexuel, par la réflexion personnelle, on se demande s'il est opportun de le satisfaire, s'il est nécessaire de le satisfaire avec telle ou telle autre personne, si les critères de choix du partenaire sont suffisants pour atteindre la satisfaction du désir, si le choix du partenaire tient compte du risque d'attraper le virus du Sida, etc. C'est pourquoi, offrir à l'individu les moyens pour arriver à réfléchir profondément sur son agir revient à lui offrir l'outil essentiel pour amorcer un processus de changement de son agir.

Après avoir clarifié l'expression ricœurienne d'«estime de soi» et montré son importance face au changement de l'agir humain, nous voulons à présent examiner la définition que Ricœur donne à une autre expression essentielle pour comprendre sa conception de l'éthique. C'est l'expression «vie bonne». La «vie bonne» est définie comme

*«la nébuleuse d'idéaux et de rêves d'accomplissement au regard de laquelle une vie est tenue pour plus ou moins accomplie ou inaccomplie»<sup>84</sup>.*

Elle est

*«ce en vue de quoi tendent les actions en ayant leur fin en elles-mêmes»<sup>85</sup>.*

Elle est à penser comme l'idée d'une finalité supérieure qui ne cesserait pas d'être

---

<sup>84</sup> Paul RICOEUR, *Soi-même comme un autre*, Paris, Editions du Seuil, 1990, p. 210.

<sup>85</sup> Ibidem.

antérieure à l'agir humain. L'agir converge vers cet idéal, vers l'accomplissement même de la «plénitude de sens» à lui donner. A ce moment, l'acte trouve en la vie bonne une référence absolue à partir de laquelle il doit être aussi jugé. On doit toujours se poser la question de savoir si tel qu'il s'accomplit, l'acte posé participe positivement ou négativement à l'accomplissement d'une vie bonne pour son auteur, avec et pour les autres dans des institutions justes.

Cette question de la participation de l'acte à la vie bonne est pertinente. Elle se manifeste profondément comme une recherche d'une certaine adéquation entre ce qui apparaît meilleur pour l'ensemble de notre vie et les choix préférentiels qui gouvernent nos pratiques. Ce travail doit se réaliser de façon incessante à travers l'interprétation de l'action et de soi-même. Elle se présente alors comme une herméneutique des choix particuliers posés dans notre existence en fonction de notre conception de la vie bonne. L'idée d'interprétation de l'acte nous rapproche de celle de signification, celle de signification pour quelqu'un. Au plan éthique, c'est en fait l'interprétation de soi qui devient estime de soi. En retour, l'estime de soi suit le destin de l'interprétation de soi.

Nous venons d'étudier la première composante de la visée éthique qui est la vie bonne. Examinons la deuxième composante : «avec et pour l'autre». Ricœur nous a dit que l'estime de soi est le moment réflexif originaire de la visée de la vie bonne. Cette estime de soi se pense avec la sollicitude, synonyme de la deuxième composante. La sollicitude ne s'ajoute pas du dehors à l'estime de soi. Elle se situe dans une dimension dialogale. C'est le constat du manque, du besoin qui porte le soi vers l'autre<sup>86</sup>.

Le concept de sollicitude est ainsi basé fondamentalement sur l'échange entre donner et recevoir. Ricœur précise,

---

<sup>86</sup> Paul RICOEUR, *op.cit.*, p. 225.

*«le statut de la sollicitude est celui d'une spontanéité bienveillante, intimement liée à l'estime de soi au sein de la visée de la vie bonne»<sup>87</sup>.*

Je ne peux m'estimer moi-même sans estimer autrui comme moi-même. Et quand nous disons comme moi-même, nous voulons dire «toi aussi».

En d'autres termes, nous voulons dire que

*«toi aussi, tu es capable de commencer quelque chose dans le monde, d'agir pour des raisons, de hiérarchiser tes préférences, d'estimer les buts de ton action et, ce faisant, de t'estimer toi-même comme je m'estime moi-même»<sup>88</sup>.*

De la sorte, l'équivalence entre l'estime de l'autre comme un soi-même et l'estime de soi-même comme un autre devient fondamentale. La sollicitude reconnaît ainsi la valeur propre à chaque être homme qui fait que chaque personne est irremplaçable dans notre affection et dans notre estime. L'expérience de la perte de l'autre aimé, irremplaçable, témoigne du caractère irremplaçable de notre propre vie<sup>89</sup>.

Pour Ricoeur, les sentiments éthiques relèvent de la phénoménologie du «toi aussi» et du «comme moi-même». Il trouve dans l'amitié, un milieu où le soi et l'autre partagent à égalité le même souhait de vivre-ensemble<sup>90</sup>.

La troisième composante : « (...) dans des institutions justes». Il nous faut rendre compte du sens du terme «institution» pour Ricoeur. Le terme «institution» est à

---

<sup>87</sup> Ibidem.

<sup>88</sup> Idem, p.226

<sup>89</sup> Ibidem

<sup>90</sup> Paul RICOEUR, *Soi-même comme un autre*, Paris, Editions du Seuil, 1990, p. 225.

saisir comme

*«la structure du vivre-ensemble d'une communauté historique - peuple, nation, région - structure irréductible aux relations interpersonnelles»<sup>91</sup>.*

Cette communauté a pour caractéristiques des mœurs et des règles contraignantes communes. Avec la notion d'institution, on voit que le vivre bien ne se limite donc pas aux relations interpersonnelles. Il s'étend à la vie des institutions. L'institution apparaît comme point d'application de la justice et de l'équité à travers l'élaboration des lois qui régissent les relations entre les personnes et leur respect par les citoyens.

C'est dans les lois et dans leur application qu'on identifie le contenu éthique du sens de la justice et de l'équité. L'exercice du pouvoir dans une institution est l'expression d'un vouloir-agir et d'un vivre ensemble qui apporte à la visée éthique sa troisième dimension : la justice. Le sens de la justice ne s'épuise pas dans la construction des systèmes juridiques qu'il ne cesse pourtant de susciter. Le juste ne regarde pas seulement du côté du « légal », du côté du système judiciaire conférant à la loi cohérence et droit de contrainte. Le juste regarde aussi du côté du « bon » dont il marque l'extension des relations interpersonnelles aux institutions. Ricoeur a choisi de se préoccuper de la dimension du juste regardant du côté du « bon »<sup>92</sup>.

Ce faisant, il choisit d'envisager la justice comme souci de distribution. Le concept de « distribution » désigne un trait fondamental de toutes les institutions dans la mesure où celles-ci règlent la répartition des rôles, des tâches, des avantages, des désavantages entre les membres de la société. Il s'agit de la justice distributive : distribuer des honneurs, distribuer des richesses, distribuer d'autres avantages.

---

<sup>91</sup> Idem, p.227

<sup>92</sup> Paul RICŒUR, *Soi-même comme un autre*, Paris, Editions du Seuil, 1990, p. 231.

Le concept de distribution assure la transition entre le niveau interpersonnel et le niveau sociétal à l'intérieur de la visée éthique. Et nous comprenons que l'institution en tant que régulation de la distribution des rôles, donc en tant que système, est bien plus et autre chose que les individus porteurs de rôles.

Et comme l'écrit Ricœur :

*«une interprétation distributive de l'institution contribue à abattre le mur entre l'individu et la société, le passage entre le plan interpersonnel et le plan social».*

Notre philosophe d'ajouter :

*«Elle assure la cohésion entre les trois composantes individuelles, interpersonnelles et sociétales du concept de visée éthique»<sup>93</sup>.*

Mais étant donné que dans l'opinion, l'injuste est synonyme de l'inégal ou de celui qui prend trop en termes d'avantages ou pas assez en termes de charges, alors la justice distributive va consister à rendre chaque fois équitables les rapports entre une personne et un mérite. Ainsi pour Ricœur, l'égalité est à la vie dans les institutions ce que la sollicitude est aux relations interpersonnelles<sup>94</sup>.

Il explicite cette proportionnalité. La sollicitude va de soi à l'autre tandis que l'égalité va de l'autre à chacun. Cela signifie que chacun passe par ce biais au plan éthique. Et que la justice ne retranche rien à la sollicitude. La justice ajoute

---

<sup>93</sup> Idem, p.234.

<sup>94</sup> Idem, p.236.

à la sollicitude l'égalité. Car le champ d'application de l'égalité est l'humanité entière. La sollicitude voit s'étendre son rayon d'action jusqu'à l'humanité entière.

C'est ainsi qu'il faut comprendre la visée éthique comme visée de la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes, selon Ricœur. Nous sommes partis de la primauté de l'éthique sur la morale. A partir du seul prédicat «bon», nous avons vu qu'il a construit les trois phases de son discours qui est allé de la visée de la vie bonne jusqu'au sens de la justice dans les institutions en passant par la sollicitude.

A cette structure tripartite du prédicat «bon» appliquée aux actions, à la praxis, a correspondu, par voie réflexive, la structure homologique de l'estime de soi.

### **2.1.1.3. L'éthique de Robert Misrahi**

Robert Misrahi est un philosophe français, né à Paris le 3 janvier 1926. Spécialiste de Spinoza, il consacre son travail à la liberté et au bonheur. Professeur émérite de philosophie éthique à l'Université de Paris I (Sorbonne), il a publié de nombreux ouvrages sur Spinoza et consacré l'essentiel de son travail à la question du bonheur. Il lui arriva par ailleurs de publier plusieurs articles<sup>95</sup>.

Né de parents turcs, il poursuit ses études en dépit d'une enfance difficile et de circonstances défavorables avec une mère internée définitivement en psychiatrie quand il a 8 ans, un père ouvrier-tailleur souvent au chômage pendant la crise des années 30, les persécutions antisémites pendant l'Occupation. De nombreux membres de sa famille meurent en déportation. Il obtient la nationalité française à l'âge de 10 ans.

---

<sup>95</sup> Il publie dans Les Temps modernes, Encyclopædia Universalis, Le Dictionnaire des philosophies "PUF", mais aussi Libération, Charlie Hebdo ou le Nouvel Observateur.

Il lit *L'Être et le Néant* et enthousiasmé par la doctrine de la liberté, rencontre son auteur, Jean-Paul Sartre, dès la publication de l'ouvrage en 1943. Après la guerre, en 1947, il est incarcéré quelques mois à la prison de la Santé pour activités sionistes. C'est là qu'il écrit un de ses premiers articles importants ("antisémitisme à la Santé") qui sera accepté par Maurice Merleau-Ponty et publié dans la revue "Les Temps Modernes". Ayant exprimé à Jean-Paul Sartre qu'étant juif en pleine Seconde Guerre mondiale il ne pouvait poursuivre des études de philosophie, ce dernier financera ses études de philosophie.

En 1950, il obtient l'agrégation de philosophie et exerce d'abord comme professeur de lycée en province, puis en 1965, il enseigne à la Sorbonne, d'abord comme maître assistant puis comme titulaire de la chaire de philosophie éthique et politique jusqu'en 1994. Ils travailleront ensemble jusqu'à la mort de Sartre. En 1950, il obtient l'agrégation de philosophie et exerce d'abord comme professeur de lycée en province, puis en 1965, il enseigne à la Sorbonne, d'abord comme maître assistant puis comme titulaire de la chaire de philosophie éthique et politique jusqu'en 1994.

Parallèlement à son enseignement, il développe sa propre philosophie au travers de ses publications. Il aborde d'abord la question de son identité de juif athée, français et laïque, dans une série d'ouvrages aux analyses très riches qui passeront pourtant inaperçus du grand public<sup>96</sup>. Il est considéré, par ailleurs, comme le grand spécialiste de Spinoza auquel il consacre une part importante de son travail, mettant ce philosophe réputé difficile à la portée du public d'aujourd'hui, notamment par une nouvelle traduction de l'Éthique<sup>97</sup>. Il consacre sa première thèse de doctorat à la question du désir et de la réflexion dans la

---

<sup>96</sup> (1) *La condition réflexive de l'homme juif*, (2) *Marx et la question juive*, (3) *La philosophie politique et l'État d'Israël*.

<sup>97</sup> Cfr au livre de Poche depuis 2012.

philosophie de Spinoza.

Influencé, d'une part, par la pensée subversive et eudémoniste du philosophe de l'Éthique, notamment par sa doctrine du désir et du salut, et d'autre part, par la pensée de Sartre, pour sa doctrine de la liberté ; il dépasse l'un et l'autre par une philosophie originale du bonheur, un eudémonisme existentiel moderne. Pour Robert Misrahi, la question du bonheur n'est pas une question parmi d'autres, elle est la question fondamentale de l'existence, celle qui éclaire toutes les autres.

En novembre 2002, il déclenche une polémique en soutenant dans les colonnes de Charlie Hebdo, journal où il tenait alors une chronique, le livre très controversé de la journaliste italienne Oriana Fallaci, *La Rage et l'Orgueil*. Après que Philippe Val ait proposé au Robert Misrahi de revenir sur ses propos, le journal prendra ses distances avec le philosophe.

Après avoir traité du commencement et de la liberté (Lumière, commencement, liberté), il écrit un traité du bonheur. Dans le premier volume intitulé *Construction d'un château*, Robert Misrahi ne livre pas des concepts ou des réflexions sur le bonheur, il nous montre à travers une métaphore architecturale, ce que peut être un parcours heureux. Dans le second volume, intitulé *Éthique, politique et bonheur*, changeant complètement de mode expressif, il critique les fausses contradictions de notre temps. Les oppositions, entre désir et institution, et entre principe de plaisir et principe de réalité, sont dépassées par une éthique de la joie fondée sur les propres forces de l'individu, conçu comme désir et comme réflexion.

Sa philosophie est une **éthique**, c'est-à-dire qu'elle est entièrement dédiée à la **conduite de l'existence**. Ne se limitant pas à ce déploiement théorique du

deuxième volume, il consacre le troisième volume *Les actes de la joie* à décrire dans une langue originale, aussi poétique que philosophique, les contenus de la vie heureuse<sup>98</sup>. Le bonheur, ici, n'est ni une situation sociale, ni un état d'esprit mais un ensemble d'actes qui par leur déploiement confèrent la joie, par l'autonomie, la réciprocité et la jouissance ; il s'agit de « fonder, aimer et agir ». Il poursuit sa recherche sur le bonheur, le « préférable absolu », en déployant les conséquences politiques (Existence et démocratie) et anthropologiques (La Jouissance d'être) de sa doctrine. En 2008, il reprend l'ensemble de son parcours dans un ouvrage récapitulatif intitulé *Le travail de la liberté*.

A nouveau confronté au malheur lors de la disparition de sa femme, il le surmonte et reprend la plume pour rédiger son autobiographie, *La nacre et le rocher* parue en 2012 et désignée comme meilleure autobiographie de l'année par le magazine Lire. Un colloque intitulé "pour une éthique de la joie" lui a été consacré, à Cerisy-la-Salle, en juin 2012. Il participe à l'Université Populaire de Caen avec un séminaire de philosophie pour la saison 2012-2013.

Robert Misrahi, toujours actif en dépit de son âge, continue son parcours, fidèle à lui-même, diffusant inlassablement une philosophie qui contraste totalement avec tous les courants de pensée du 20<sup>ème</sup> siècle. Refusant le tragique et toutes les modes intellectuelles de son temps (marxisme, structuralisme, psychanalyse ...), il a développé sa propre philosophie, faisant de son œuvre, la philosophie eudémoniste du siècle.

Pour Misrahi, l'éthique est

*«une réflexion fondamentale et fondatrice capable de tout reprendre au commencement et d'orienter cependant*

---

<sup>98</sup> Livre sous-titré *Poétique de la liberté heureuse*.

*l'action future»<sup>99</sup>.*

Une qualité essentielle qui distingue l'éthique d'autres types de réflexion, c'est la capacité de cette réflexion de tout reprendre au commencement et d'orienter l'action future. En plus, elle conduit au fondement de l'action<sup>100</sup>.

Le fondement de l'action est le système de principes destinés à orienter l'action vers l'accès à la plénitude du sens. Par exemple, face à l'agir hétérosexuel en contexte africain, il revient à la réflexion éthique d'en dégager le système de principes donateurs de la plénitude du sens. Misrahi reconnaît à l'éthique le pouvoir de déterminer les principes de base qui donnent du sens à l'agir, ce qui positionne l'éthique avant tout système de valeurs, c'est-à-dire avant toute morale, avant toute déontologie (système de valeurs lié à une profession).

L'éthique est ainsi antérieure à la morale. Elle demeure une réflexion. Comme telle, elle est un véritable travail de l'esprit. C'est une opération réflexive qui a pour tâche de «fonder à neuf le déploiement de l'action», de «fonder une action sur des principes neufs»<sup>101</sup>. Cette fondation réflexive est dite neuve face aux anciennes morales.

En réalité, elle est «*une véritable opération de conversion réflexive radicale*», dans la mesure où «elle inverse le mouvement qui allait des objets et des valeurs vers les sujets, pour instaurer un mouvement neuf qui va des sujets vers les objets et les valeurs»<sup>102</sup>.

Concrètement, cela signifie que «le sujet humain prend conscience du fait que c'est lui-même qui est la source du sens des choses et de la valeur des actes, et aussi du fait qu'il décide d'effectuer désormais en pleine conscience cette

---

<sup>99</sup> R. MISRAHI, *La signification de l'éthique*, Paris, Editions Synthelabo, 1995, p.21.

<sup>100</sup> *Ibidem*, p.76.

<sup>101</sup> *Idem*, p.80.

<sup>102</sup> R. MISRAHI., *op.cit.*, p.82.

véritable création des valeurs»<sup>103</sup>.

Pour Misrahi, la conversion réflexive radicale est la nouvelle attitude active par laquelle le sujet va fonder ses actes et définir ses buts. Ce travail de fondation éthique apparaît clairement comme

*« l'effort de constitution du sujet désirant comme sujet authentiquement libre », comme « l'effort de constitution de l'autre comme sujet réciproque, lui aussi libre », comme « source de joie et non comme source de haine»<sup>104</sup>.*

Il revient à l'éthique de déterminer le sens à donner à l'action individuelle comme à l'action sociale. Elle doit montrer les voies à suivre, faute de quoi l'éthique risquerait fort de ne pas dépasser le stade d'abstraction qui est celui des morales traditionnelles. Pour Misrahi, le sens de l'éthique, sa signification comme sa visée consistent en l'instauration du sujet comme existence concrète ayant accédé à sa propre plénitude. C'est l'instauration d'une personnalité concrète qui soit à la fois un sujet et une affectivité. La voie à suivre que l'éthique recommande est à la fois la voie d'une existence autonome et la voie du travail réflexif fondateur.

Misrahi est catégorique :

*« Cette voie est la seule possible »<sup>105</sup>.*

A ses yeux,

*« tout autre moyen (politique, culturel ou spirituel) se*

---

<sup>103</sup> Idem, p. 82.

<sup>104</sup> Idem, p. 83.

<sup>105</sup> Ibidem.

*subordonne à cette voie réflexive et à cette conversion».*

Il affirme avec force que

*«sans mutation intérieure et antérieure de l'individu, nulle force extérieure, politique ou sociale, ne saurait apporter un changement significatif de l'existence, ni accroître la liberté et la générosité»<sup>106</sup>.*

La voie réflexive est en mesure de commencer et d'instaurer un nouveau déploiement de l'existence, de réaliser une nouvelle action par le renversement et l'inversion des attitudes. Ce ne sont pas les moyens de pression extérieurs qui peuvent induire cette nouvelle éthique. Elle repose tout entière sur le travail personnel des individus et sur l'éducation au travail réflexif fondateur, à la conversion réflexive radicale. Car l'éthique véritable et concrète concerne toujours des individus singuliers qui sont des êtres de désir, engagés dans des relations et des situations singulières et cela par la médiation d'actions précises et singulières<sup>107</sup>. Elle se déploie dans une situation singulière et se donne toujours pour tâche de résoudre des problèmes singuliers pour accéder d'une façon singulière à ce but qu'est l'existence comblée.

Après avoir esquissé sa conception de l'éthique, Misrahi explicite la manière dont il conçoit le déclenchement du mouvement vers l'éthique. En d'autres termes, il veut répondre à une question pertinente pour nous et qui est la suivante : comment en arrive-t-on à l'éthique ?

La réponse de Misrahi à cette question capitale est non seulement éclairante mais aussi édifiante. De son point de vue, c'est par le constat de l'angoisse dans

---

<sup>106</sup> R. MISRAHI, *op.cit.*, p.76.

<sup>107</sup> Idem, p.101.

une situation humaine donnée. L'angoisse est comprise dans son sens large où elle

désigne à la fois une inquiétude vitale quant à l'avenir et une incertitude grave quant aux réponses à apporter et aux actions à entreprendre face à une situation concrète<sup>108</sup>. Cette « inquiétude angoissée » exige une prise de responsabilité sérieuse. C'est pourquoi, il revêt une signification éthique.

En matière de santé, en contexte occidental, la présence de l'angoisse se dévoile dans le désarroi issu de l'écart entre le niveau élevé des connaissances et l'incertitude quant à la validité des choix dans l'application de connaissances et de techniques ; de l'écart entre la richesse du progrès scientifique et la pauvreté des concepts dont dispose l'opinion pour justifier valablement (c'est-à-dire pour fonder) les choix pratiques<sup>109</sup>. On cherche alors à comprendre les raisons du désarroi et du sentiment d'incertitude devant les exigences de l'action et la multiplicité des options possibles. Le sentiment d'incertitude est issu de l'absence d'un système de référence assez solide pour orienter l'action d'une façon objective.

C'est pourquoi, selon Misrahi,

*«Une réflexion claire et approfondie est aujourd'hui nécessaire pour fonder, c'est-à-dire, définir et justifier par des bases certaines, une réponse au désarroi et à l'inquiétude, et d'autre part cette réponse doit concerner l'action elle-même. Elle doit être à la fois réflexive et pratique, rationnelle et utile»<sup>110</sup>.*

---

<sup>108</sup> MISRAHI R., *op.cit.*, p.10.

<sup>109</sup> Ibidem.

<sup>110</sup> Idem, p.21.

Nous retrouvons là les tâches spécifiques que Misrahi reconnaît à l'éthique et non à une autre discipline scientifique.

Parmi les questions angoissantes et inquiétantes qui devraient susciter l'intervention rapide de l'éthique, il en cite deux. Il s'agit de celles-ci : les tests du Sida doivent-ils être conseillés, suggérés ou imposés? Peut-on, doit-on, ou non, communiquer au partenaire sexuel, au conjoint, à l'amant ou à l'employeur, les résultats des différents tests sanguins ?

A travers ces interrogations, nous voyons clairement que ce dont se soucie l'éthique est précisément l'individu existant, concret, personnalisé, saisi dans l'intégralité de ses déterminations et défini précisément comme le pouvoir d'intégration de toutes ces déterminations<sup>111</sup>. L'individu est conçu comme «corps-sujet» qu'on retrouve dans l'expression «mon corps» ou dans «le corps que je suis». C'est ce corps-sujet qui éprouve la douleur et affronte la maladie ou la mort. L'individu est aussi «conscience-sujet» qui parle et qui agit, qui développe son activité signifiante sur base de son corps-sujet. Selon Misrahi, cette conception de l'individu défini ainsi comme substance extérieure d'un sujet intérieur qui est conscience de soi, de son corps et du monde, suscite donc des questions éthiques. Le corps sous tous ses aspects rend possible, par sa propre activité, l'émergence d'une activité spécifique et neuve qui est celle d'un sujet libre et responsable par définition<sup>112</sup>.

Ce sujet qui constitue la connaissance et qui s'inquiète de son propre sort dans l'existence et dans la vie est, selon Misrahi, à la fois désir et réflexion. Il doit être Désir pour être en mesure de se soucier de son propre sort à travers la mort, la

---

<sup>111</sup> R. MISRAHI, *op.cit.*, p.24.

<sup>112</sup> Idem, p. 26.

maladie, la souffrance et toutes les questions qu'il se pose à leur propos, pour son propre compte, comme pour le compte d'autres<sup>113</sup>.

Le Désir s'entend comme une puissance créatrice de sens. Il n'est pas seulement le mouvement fondamental vers la satisfaction et la jouissance, il est aussi la source qui valorise un objet en lui conférant à la fois signification et valeur, le rendant ainsi désirable et prégnant. Cette donation du sens par le Désir révèle celui-ci comme puissance à la fois affective et réflexive<sup>114</sup>.

Le sujet, perçu comme être de désir, doit donc être en même temps conscience de soi (réflexivité, réflexion) et mémoire, pour être en mesure de constituer des significations intelligibles et cohérentes, et se poser des questions pertinentes sur son action future. Et pour que le sujet puisse poser des questions sur l'avenir, formuler des hypothèses et choisir, il doit être reconnu comme être libre. Cette liberté de fait est la condition de possibilité de l'être humain comme sujet. Elle doit être conçue comme la puissance d'autonomie d'une existence concrète qui est à la fois un Désir et une Conscience. Il nous semble clair ici qu'il y a liberté dès qu'il y a choix. Et il y a choix dès qu'il y a incertitude ou contingence.

De ce que nous pouvons déduire de l'enseignement de Misrahi, l'éthique est une réflexion fondamentale concrète et radicale dont le point de départ est la prise de conscience d'une situation singulière d'angoisse et d'inquiétude. Elle est de nature concrète. Elle se déploie dans une situation concrète et se donne toujours pour tâche de résoudre des problèmes singuliers pour accéder d'une façon singulière au but qu'elle s'est donnée. Le but, la visée qu'elle se propose est la joie, la plénitude existentielle ou l'existence comblée.

---

<sup>113</sup> Idem, p. 35.

<sup>114</sup> Ibidem.

L'éthique se veut une réflexion intellectuelle concrète dans la mesure où elle concerne non seulement des situations singulières mais aussi des individus singuliers vivant dans des relations et des institutions singulières<sup>115</sup>.

### 2.1.2. La théorie bioéthique

La théorie bioéthique relève de la bioéthique. Qu'est-ce que la bioéthique ? Pour répondre à cette question, faisons remarquer que notre étude couvre le champ du questionnement existentiel (philosophie et métaphysique) et les champs relationnels de la médecine (éthique médicale) du rapport au vivant. Ces deux domaines mis ensemble génèrent une réflexion d'un type nouveau, basée sur les questions ontologiques, morales, axiologiques, biologiques et relationnelles. C'est le domaine de la bioéthique<sup>116</sup>.

#### 2.1.2.1. Qu'est-ce que la bioéthique ?

Étymologiquement, le mot **bioéthique** vient de deux termes grecs : **bios** (vie) et **êthikos** (mœurs). Le mot *bioéthique* désigne,

*« un ensemble de recherches, de discours et de pratiques, généralement pluridisciplinaires, ayant pour objet de clarifier ou de résoudre des questions à portée éthique suscitées par l'avancement et l'application des technologies biomédicales »*<sup>117</sup>.

Aussi le terme explique-t-il une alliance hybride entre des faits concernant la

---

<sup>115</sup> Idem, p.101.

<sup>116</sup> Didier SICARD, op. cit., p.4.

<sup>117</sup> Guy DURAND, *Introduction générale à la bioéthique. Histoire, concepts et outils*, Québec, Fides, 1999, p.18.

biologie et des valeurs concernant des choix moraux<sup>118</sup>. C'est donc une étude de la moralité des interventions humaines dans le domaine de la vie humaine. La bioéthique comme ensemble des réflexions, recherches et pratiques, cherche à résoudre des questions morales suscitées par l'avancement des sciences et des techniques biomédicales et proposant une limite aux interventions de l'homme dans le domaine des sciences de la vie.

Avec les progrès de la technique et le développement des connaissances en biologie et en médecine, des problèmes éthiques se posent de plus en plus fréquemment sur la nécessité de certains gestes thérapeutiques ou l'opportunité de poursuivre certaines recherches appliquées.

Quant à l'historique du terme « bioéthique », il faut dire que c'est un terme encore jeune, nouveau ou récent. C'est au début des années 1970, qu'elle émerge soudain dans l'univers culturel américain, sous la plume du biologiste (oncologue) Van Rensselaer Potter dans son ouvrage « Bioethics : Bridge to the future ». Notre étude rejoint le but initial de cette discipline qui était de bâtir une éthique en utilisant les sciences biologiques pour améliorer la qualité de la vie. De même, la bioéthique devient une discipline dont l'histoire est liée à celle de la révolution de la société humaine.

La visée bioéthique est un essai de mise en commun des trois formes d'éthiques qui l'ont précédées à savoir : l'éthique médicale et infirmière, l'éthique philosophique ainsi que l'éthique chrétienne. Malgré la nouveauté du terme, la bioéthique possède des racines très anciennes (...). La bioéthique moderne n'est pour ainsi dire qu'une nouvelle étape de réflexion plus que millénaire. Cependant tout comme la pratique de la médecine a été profondément bouleversée par les développements scientifiques et technologiques et par l'évolution de la société et de son économie, de même l'éthique a dû étendre son

---

<sup>118</sup> Nous nous référons à Willy BONGO-PASI déjà cité pour le développement de ce point.

champ de réflexion et d'intervention et aborder des problèmes dont nul n'aurait pu prévoir l'émergence.

Cette science veut améliorer la qualité de la vie en étudiant le comportement humain, soit dans le domaine de la recherche biologique, soit dans la pratique médicale, quand cette conduite humaine est vue à la lumière des valeurs et des principes moraux. Son champ d'activités ne s'arrête pas seulement à la biologie et à la médecine. Il se ramifie sur l'interrogation sur ce qu'est l'homme, sur le sens de la vie, mais aussi de la mort, de l'amour, de la parenté, du désir, etc. La bioéthique pose donc cette question majeure, celle de savoir jusqu'où peuvent aller nos actions sur l'être humain.

Partant de cette saisie, il y a lieu de souligner un certain amalgame qui se glisse dans la compréhension du terme bioéthique. Aujourd'hui, en effet, tout ce qui touche à la vie est dit bioéthique, de sorte qu'on ne distingue plus celle-ci des autres disciplines comme l'éthique médicale, la morale sexuelle, la déontologie médicale, la morale matrimoniale, etc. Cet amalgame, il faut bien le souligner, tient au fait que la bioéthique couvre un vaste champ d'application ; aussi son caractère interdisciplinaire le rend quelque peu équivoque.

En réalité, il convient de distinguer deux niveaux de compréhension du terme bioéthique : le sens large et le sens strict. Prise au sens large, la bioéthique, c'est l'éthique de la vie. Dans cette perspective, elle englobe la traditionnelle éthique médicale réglant les rapports entre médecins et patients, la déontologie médicale, comprise comme code de conduite, de devoirs au sein du corps médical, la morale sexuelle et matrimoniale, le sexe étant à l'origine et le mariage, le lieu de la vie.

Au sens strict, la bioéthique est l'étude de la moralité de nos interventions, et

tout spécialement des interventions techniques ou médicales, dans le domaine de la vie humaine. Il convient de souligner la particularité de cette définition : c'est que **la bioéthique est née de la biotechnologie**. Ce sont des interventions techniques de l'homme sur la vie qui ont donné au terme bioéthique sa spécialité.

Aussi, on ne peut parler strictement de questions bioéthiques que là où la science et la technique sont développées, là où l'homme est confronté aux choix éthiques face à une panoplie des possibilités qui lui sont offertes par la technoscience biomédicale.

En médecine, il existe plusieurs problèmes qui se posent avec force dans des domaines très variés : la procréation artificielle (qui peut bénéficier de cette technique et par quels moyens ?), la réanimation des prématurés (à partir de quel âge faut-il tenter de sauver un prématuré et quelle qualité de vie lui assurer ou lui refuser), l'avortement thérapeutique (dans quelles conditions un médecin peut-il proposer cette intervention ?), les thérapies géniques (jusqu'où autoriser les modifications du patrimoine génétique ?), l'acharnement thérapeutique (jusqu'où poursuivre le maintien en survie artificielle de personnes en coma dépassé ?) ou encore l'euthanasie (a-t-on le droit de mettre fin à la vie d'une personne souffrante et condamnée ?).

Dans le domaine de la biologie, il est aussi naturel de s'interroger sur le bien-fondé de certaines recherches effectuées sur des virus extrêmement puissants, contre lesquels il n'existe, aujourd'hui, aucun traitement, compte tenu des risques de contamination de la population. Pouvons-nous aussi, et dans quelles conditions, intégrer dans la nature des organismes génétiquement modifiés sans être totalement certains des conséquences à long terme d'un tel geste sur la faune et la flore, ou même sur la santé des hommes ? Est-il acceptable de faire des

recherches et des manipulations très poussées sur les embryons humains ? De qui les banques d'embryons sont-elles la propriété, ou encore l'embryon est-il considéré comme étant un individu avec un minimum de droits ?

Autant de questions et d'interrogations auxquelles il est très difficile de répondre de façon univoque et certaine. Tâche d'autant plus difficile que certains de ces développements sont trop récents pour que notre jugement ne soit pas influencé par notre peur de la nouveauté ou simplement par des règles morales qui ne valent, peut-être, que pour notre époque.

La bioéthique comprend trois branches qui sont : l'éthique clinique, l'éthique de la recherche et l'éthique de la santé publique. Etant donné que notre étude s'est réalisée auprès des patients hospitalisés et des soignants en service, elle concerne l'éthique clinique. L'éthique clinique touche les décisions, les incertitudes, les conflits de valeurs et les dilemmes auxquels les médecins et les équipes médicales sont confrontés au chevet du patient, en salle d'opération et de consultation ou en clinique et même au domicile.

### **2.1.2.2. Les principes bioéthiques**

La théorie bioéthique est constituée de plusieurs principes dont notamment : **le principe d'autonomie, le principe de la bienfaisance et le principe de la justice.**

#### **2.1.2.2.1. Premier principe : L'Autonomie**

*Autonomie* vient du grec : *autos* qui signifie soi et *nomos* qui signifie loi ou gouvernement. Une personne est vraiment autonome si elle fait elle-même sa propre loi, si elle est elle-même son propre législateur. C'est pour dire qu'elle agit de manière volontaire et indépendante, sans contrainte extérieure et en

fonction de projets qui lui sont propres. Bref, la personne autonome a la liberté et la capacité de délibérer, de décider et d'agir.

Jean-François Malherbe demande à tout sujet humain de cultiver l'autonomie de tous les autres qu'il rencontre :

*« Agis en toutes circonstances de façon à cultiver l'autonomie d'autrui, et la tienne se développera de surcroît »*<sup>119</sup>.

Le principe d'autonomie correspond au développement du jugement personnel, du discernement et, donc, de la faculté de choisir. L'autonomie se comprend, en outre, comme la capacité dont dispose chaque individu d'agir conformément aux valeurs, croyances et projets qui fondent sa vie. Ce contrôle sur sa propre destinée, empreint d'autant de liberté que de responsabilité, constitue une pierre angulaire de la dignité humaine.

Ainsi, le principe d'autonomie constitue une obligation morale de traiter chaque personne comme un être libre et capable d'autodétermination, c'est-à-dire comme un être responsable. Respecter l'autonomie, c'est donner du poids aux opinions, aux volontés et aux choix responsables exprimés par la personne autonome. À l'inverse, faire preuve d'un manque de respect, c'est refuser les jugements réfléchis de la personne autonome et nier sa liberté d'agir conformément à ceux-ci.

Toutefois, respecter l'autonomie de l'être humain pour un professionnel de la santé consiste notamment à permettre au patient avec qui, il est en relation

---

<sup>119</sup> J.-F. MALHERBE, *Sujet de vie ou objet de soins ? Introduction à la pratique de l'éthique clinique*, Montréal, Fides, 2007, pp. 27-107.

thérapeutique d'exprimer ses préférences. Celles-ci se manifestent soit avant les traitements, soit avant les interventions ou les actes proposés. Ce qui signifie que le patient doit être celui qui prend la décision finale sur les questions le concernant. Les préférences du patient ne seront possibles que si une information claire et honnête est donnée. Ces dernières doivent être prises en compte dans les décisions du professionnel de santé.

C'est dire dans le même temps, que l'autonomie du patient doit recevoir partout dans le monde une reconnaissance générale de la part des médecins. Car il faut souligner que des exemples de conflits entre l'autonomie du médecin et le respect de l'autonomie du patient ont souvent existé. Nous en avons rencontré lors de nos enquêtes sur le terrain. Ce principe, pour être efficace, fait appel à un autre, celui de la bienfaisance.

#### **2.1.2.2.1.2. Deuxième principe : La bienfaisance**

Le mot « *Bienfaisance* » littéralement, est le fait de faire le bien. Par définition donc, la bienfaisance doit donc contribuer au bien-être d'autrui. Les médecins sont supposés agir dans le meilleur intérêt de leurs patients. La bienfaisance présente deux directions :

- D'une part, l'action entreprise doit être bénéfique.
- D'autre part, cette action doit être utile, c'est-à-dire avoir un rapport coût-bénéfique positif.

Le principe de bienfaisance veut que le soignant assume la responsabilité du bien-être physique, mental et social du participant pour tout ce qui touche à l'acte médical. On parle également de principe de *non-malfaisance*.

Les risques encourus par les malades à un traitement doivent être évalués à la lumière des avantages qui pourraient en découler pour eux et de l'importance des connaissances susceptibles d'être acquises. En tout état de cause, les risques doivent toujours être ramenés au minimum pour le participant. La protection du bien-être des patients est la responsabilité primordiale du praticien.

Ainsi, la protection du patient est plus importante que :

- la poursuite de nouvelles connaissances ;
- les avantages scientifiques qui découleront du traitement ;
- l'intérêt personnel ou professionnel du soignant.

La plupart des associations médicales reconnaissent dans leurs déclarations de base que, du point de vue éthique, le médecin doit considérer d'abord le meilleur intérêt du patient lorsqu'il prend une décision en matière de soins. En respectant la pratique du soin, le soignant doit chercher la guérison du patient par la bienfaisance. Ceci manque cruellement dans certaines formations médicales du Bénin. Pour pallier à cette insuffisance, nous complétons ce principe par un autre celui de justice.

#### **2.1.2.2.1.3. Troisième principe : La justice**

Le mot français «justice» vient du latin *jus*, qui veut dire le droit. Aussi le terme signifie-t-il, dans son acception la plus générale, le respect du droit, la conformité au droit. Cette définition peut elle-même renvoyer à deux choses : à l'institution judiciaire et à la morale. La notion de justice désigne à la fois la conformité de la rétribution avec le mérite et le respect de ce qui est conforme au droit.

Cette notion est donc indissociablement morale et juridique. La morale renvoie à liberté tandis que le droit renvoie à la contrainte et à la coercition. Il serait possible de penser que l'un de ces deux aspects prime sur l'autre et le détermine. N'existe-t-il pas en chacun de nous un « sens de la justice » qui nous rend apte à évaluer et à juger les décisions et actions ?

Ce sens de la justice serait alors à l'origine de la loi et du droit. Cela est possible, mais on ne peut cependant manquer de constater la diversité des pratiques de justice d'une région ou d'un pays à l'autre. Pascal écrivait : «Vérité

au-deçà des Pyrénées, erreur au-delà ». Nous sommes indignés lorsque nous voyons nos « voisins » porter de graves atteintes à la justice et cela en toute légalité et, inversement, ceux-ci peuvent condamner nos propres injustices. En ce sens, le passage de la justice du plan moral au plan juridique se caractériserait par son imperfection, par ses insuffisances.

Le mot, « *Justice* » dans le présent contexte, c'est le juste traitement des individus et des groupes. C'est l'équité comprise comme le juste traitement et l'impartialité lorsqu'on s'acquitte de ses obligations envers ceux qui de droit sollicitent ses prestations. Pas de discrimination de sexe ou de toute autre nature.

Le principe relatif à la *justice*, prend également en compte l'injonction faite au médecin de s'abstenir de la corruption et de la ségrégation sous toutes ses formes. La justice ici, désigne les justes règles d'attribution des ressources en santé dans une perspective d'ensemble, alors que l'équité concerne le souci de l'individu concret (en rapport aux autres). Elle se base sur certains repères/règles:

- (1) le plus grand bien pour le plus grand nombre ;
- (2) la règle des chances égales ;

- (3) le refus de la discrimination ;
- (4) la règle de la mutualité ;
- (5) le refus des conflits d'intérêt au chevet du malade ;
- (6) la transparence des processus de choix<sup>120</sup>.

Le médecin soigne quiconque a besoin de lui, sans aucune discrimination. On lui demande «*une neutralité bienveillante* ». Le praticien est dans l'obligation de peser équitablement les risques et les avantages du traitement. L'accueil et la sélection des patients doivent s'opérer dans un souci d'équité. Le principe de justice interdit qu'un groupe soit exposé à un risque pour le seul avantage d'un autre groupe.

Ce principe ne permet pas que l'on se serve de groupes vulnérables (tels des mineurs, des démunis ou des prisonniers) comme participants au test de vérification de l'efficacité d'un produit et donc servant de cobayes pour le bienfait exclusif de groupes privilégiés. Comme l'exige le respect de la personne, il est nécessaire de protéger les groupes vulnérables, y compris les démunis et ceux qui ont un accès limité aux services de santé.

## **2.2. Les théories biomédicales**

Les sciences biomédicales ont connu un progrès fulgurant ces dernières années. Le génie génétique et la biotechnologie ont révolutionné la médecine et la science, mais ont engendré des problèmes nouveaux sur le plan éthique. Qu'est-ce que le génie génétique et qu'est-ce que la biotechnologie ?

---

<sup>120</sup> Cfr *Introduction aux principes de Bioéthique. Qui est légitime pour décider ?*, Support de Cours (Version PDF), Date de création du document 2008-2009.

### 2.2.1. Le génie génétique

Le génie génétique est l'ensemble des méthodes et techniques qui permettent de modifier artificiellement la composition génétique encore appelée génome des organismes vivants. En d'autres termes le génie génétique est ensemble de techniques qui permettent d'identifier ou d'isoler, de modifier et de transférer de façon contrôlée du matériel génétique.

Il s'agit donc d'un outil aux applications extrêmement variées qui permet en particulier d'intervenir avec précision sur le patrimoine génétique des êtres vivants. Un rappel historique est cependant nécessaire car il permet de préciser quelques notions et surtout de se rendre compte à quel point les connaissances dans le domaine du génie génétique sont récentes et ont évolué avec une rapidité vertigineuse.

Le génie génétique est en réalité une science récente. L'acide désoxyribonucléique (ADN) a été découvert dans les années 40, sa structure a été précisée dans les années 50, la notion de code génétique remonte au début des années 60. Mais aujourd'hui, le génie génétique a un très large champ d'application, de la recherche fondamentale à la recherche médicale et pharmaceutique, en passant par les sciences de l'environnement, l'agriculture ou la production de denrées alimentaires.

Le génie génétique est devenu indispensable à la médecine pour la compréhension des pathologies d'origine génique, pour la production de nouveaux médicaments et vaccins. Le génie génétique est aussi appliqué pour les techniques de diagnostic des cancers en un mot, en un mot pour les protocoles de thérapie génique. Alors qu'il fallait naguère environ six semaines pour mettre en évidence le bacille de la tuberculose par les méthodes

traditionnelles, les tests génétiques disponibles aujourd'hui donnent le résultat au bout de quelques heures.

Le génie génétique a évolué très rapidement au cours de ces dernières décennies, rapprochant découvertes scientifiques et applications. Neuf ans seulement après les premières expériences qui remontent à 1973, le premier médicament produit par génie génétique, l'insuline humaine a été enregistrée. Le premier vaccin contre l'hépatite B a suivi en 1985.

Comme on peut donc s'en rendre compte, le génie génétique fait aujourd'hui partie intégrante des moyens disponibles pour mieux comprendre, prévenir et guérir les pathologies d'origine génétique. Il recèle des possibilités d'applications considérables dont l'exploitation ne fait que commencer dans le domaine de la médecine mais aussi de l'agriculture et de l'environnement. L'acquisition de cette nouvelle technologie et ses innombrables applications ont favorisé diverses manipulations génétiques (le clonage, la FIVETE, la PMA, les OGM ;...)

En effet, une fois que l'ADN a été reconnu comme une molécule contenant et transmettant l'information génétique, le génie génétique encore appelé par certains, science de l'hérédité est devenu un enjeu scientifique sans précédent pour les chercheurs. Les découvertes et les expérimentations s'enchaînent dès lors avec une rapidité jamais égalée dans aucun autre domaine scientifique.

**Le clonage** ou **autofécondation** est une technique permettant d'obtenir des individus identiques à un précédent bien connu. Biologiquement, le clonage se définit comme **l'obtention par des manipulations biologiques d'une série de molécules identiques ou d'êtres uni-cellulaires ou pluri-cellulaires.**

Les premiers mammifères à génome modifié sont apparus en 1980 et il s'agissait à l'époque des souris transgéniques. Fort de tels succès « spectaculaires »

enregistrés, pour les chercheurs, la voie pour modifier le génome humain est ouverte. Parce que les mécanismes moléculaires de l'hérédité et le rôle des gènes ont été élucidés dans une large mesure ces dernières décennies, on est parvenu à modifier certaines parties du patrimoine génétique d'un organisme spécifiquement, mais au-delà des limites d'une espèce déterminée, en transférant des gènes isolés ou en créant des séquences artificielles de l'information génétique (c'est le cas des organismes génétiquement modifiés connus sous le sigle OGM).

Avec les méthodes de recombinaison de l'ADN, les scientifiques sont désormais capables de modifier l'hérédité et de décider du patrimoine génétique des êtres vivants. Comme on peut s'en apercevoir, le projet du clonage humain est l'un des résultats parmi tant d'autres des progrès du génie génétique.

Mais au-delà de l'aspect technique qui regarde le spécialiste en génie génétique, nous sommes tous concernés par l'impact de ces progrès biotechnologiques. Autrement dit, il est question de réfléchir sur les problèmes éthiques que soulèvent ces avancées des sciences du vivant ou des sciences biomédicales.

### **2.2.2. Technologies biomédicales**

Le développement actuel des sciences biomédicales a engendré de nouvelles théories biomédicales soutenues par une biotechnologie jamais connue auparavant. Tout cela a révolutionné les pratiques médicales traditionnelles.

En effet, la connaissance scientifique a déterminé des progrès techniques inouïs. Nous relevons trois techniques biomédicales. Il s'agit de la technique de la reproduction, macabre et de maintien de la vie<sup>121</sup>.

---

<sup>121</sup> Cfr Willy BONGO-PASI, *Cours de bioéthique*, o.c., passim.

### **2.2.2.1. Techniques de procréation**

Il existe plusieurs techniques procréatives basées toutes sur des théories biomédicales. En voici quelques-unes.

#### **2.2.2.1.1. La Procréation Médicalement Assistée (PMA)**

La Procréation Médicalement Assistée est une série de techniques consistant à intervenir dans la procréation humaine, comme l'insémination artificielle (avec le sperme du conjoint ou d'un donneur anonyme) ou la fécondation *in vitro* avec réimplantation des embryons.

C'est un domaine qui a connu un extraordinaire développement ces dix dernières années, est certainement un de ceux qui posent le plus de problèmes éthiques. Dans de nombreux pays, seuls les couples, mariés ou vivant en concubinage, peuvent y avoir recours. Les couples homosexuels et les femmes seules n'y ont pas accès. Environ 6% des naissances sont dues à la procréation médicalement assistée (PMA).

Dans de nombreux pays, le don du sperme est assimilé à un don d'organe et, en tant que tel, est anonyme et gratuit. Le sperme du donneur est simplement soumis à des tests pour vérifier qu'il ne véhicule pas de germes pathogènes. Mais certains chercheurs, par exemple, tentent de mettre au point des techniques permettant de séparer les spermatozoïdes ayant un chromosome X de ceux ayant un chromosome Y, de choisir le sexe de l'enfant à venir ; certaines banques de spermes américaines proposent de choisir le QI du donneur et se targuent d'avoir l'exclusivité des échantillons de sperme des prix Nobel.... Avec le développement des techniques de cartographie génétique, il va également devenir possible d'écarter les dons porteurs d'anomalies génétiques. Cette recherche pourrait être effectuée pour les affections les plus graves, mais, dans

un avenir plus lointain, les possibilités de sélection risquent d'être beaucoup plus grandes.

La technique de fécondation *in vitro* a connu son premier succès en 1982, en Grande-Bretagne. Depuis, elle a engendré nombre de situations délicates du point de vue de l'éthique. Faut-il faire bénéficier de cette méthode des jeunes femmes vierges ? Faut-il assister les femmes âgées de plus de soixante ans à procréer ? Est-il permis de porter la grossesse pour autrui, même de sa propre fille ?

Doit-on maintenir cliniquement en vie une femme enceinte pour permettre le développement de son enfant ?

Que penser des abus sur la rémunération parfois exorbitante exigée par la mère porteuse ou son refus de donner l'enfant à sa naissance à la mère biologique ?

#### **2.2.2.1.2. La Fécondation in vitro et transplantation d'embryon (FIVETE)**

La technique de Fécondation in vitro consiste à remédier à l'épineux problème d'infertilité dans le couple. La science biologique nous a prouvé qu'il faut associer deux gamètes opposés pour arriver à la fécondation. D'où, cette technique ne peut être mise en pratique qu'à la suite d'une insémination artificielle. Par conséquent, les principes opératoires ci-après sont à respecter pour arriver à une éventuelle réussite.

Il faut commencer par recueillir le sperme suivant les conditions requises. Le sperme de l'homme, préparé *techniquement pour améliorer la qualité spermatique*, est mis en contact avec les ovocytes de la femme. Et, les ovocytes sont les cellules germinales de la femme, avant les deux phases de la *méiose*,

prélevés dans les *ovaires* juste avant l'ovulation par une technique adéquate.

On fait stimuler les ovaires afin de provoquer la ponte de plusieurs ovules en vue des éventuelles reprises en cas d'échecs. D'où la nécessité des injections journalières d'hormones pour le mûrissement des ovules et le contrôle du déroulement de la maturation des ovocytes.

Après avoir recueillis les ovocytes, ils sont placés dans un tube contenant un milieu de culture artificielle de sperme, sous une température constante de 37°C. Au bout d'environ 48 heures, on voit apparaître les embryons prêts à être transplantés. Cette étape de la transplantation peut se faire sous trois formes différentes : elle est soit *immédiate*, soit *retardée*, soit *différée*.

Etant donné que la culture se passe dans des éprouvettes, il est préférable de transférer les embryons une fois qu'apparaissent les premières divisions cellulaires. Parce qu'au-delà, le milieu de culture utilisé pour la FIV n'est plus adéquat pour assurer leur croissance.

Au cas où le transfert réussissait, l'embryon se fixera dans l'*endomètre muqueux* qui couvre la cavité de l'utérus pour y poursuivre le processus de développement normal. Un tel transfert est dit *immédiat*.

Toutefois, en vue de maximiser les chances de réussite, il est préférable de maintenir les embryons en culture jusqu'au stade *blastocyste*, c'est-à-dire entre la métaphase et l'anaphase réductionnelle. Durant ce stade, les quatre noyaux formés à l'intérieur de l'embryon tendent à se reconstituer en un seul noyau pour amorcer ainsi le début de la croissance embryonnaire. Tel est le moment propice pour un meilleur taux d'implantation. Et cette forme d'implantation est dite *retardée*.

Enfin, parce qu'il y a toujours un nombre consistant d'embryons qui restent après l'implantation, ils sont gardés dans les laboratoires en vue d'autres éventuels transferts en cas d'échec où si les parents souhaitaient avoir un autre enfant. Cette technique est dite *transfert d'embryons congelés ou transfert différé*.

Une différence existe entre deux types de fécondation que nous pouvons rencontrer dans les techniques de procréation artificielle. Nous avons : *la procréation artificielle hétérologue* et *la procréation artificielle homologue*.

En fait, la procréation artificielle hétérologue est composée de deux pratiques destinées à obtenir artificiellement une conception humaine à partir des gamètes provenant d'au moins un donneur autre que les époux qui sont unis en mariage. Et parmi ces techniques nous citons : *insémination artificielle hétérologue* et *FIVETE hétérologue*. Le terme *hétérologue* veut tout simplement dire que l'une de deux gamètes ne vient pas du couple mais d'une tierce personne dont l'identité est toujours gardée secrète.

Quelle analyse philosophique pouvons-nous faire de ces deux principales techniques sur la procréation ? Quelles sont les considérations éthiques des techniques de la procréation ?

Nous pouvons nous poser trois questions importantes en vue de relever certains inconvénients de ces techniques. En fait, comment soutenir une pratique consistant à féconder une femme avec le sperme dont elle ignore le propriétaire ? Est-ce que, le besoin de l'enfant à tout prix, signifie la relégation, au second plan, de la dignité due à la maternité ? Et enfin, quel argument développer

devant un enfant, issu d'une telle pratique, qui exige des explications sur sa filiation ?

Il est difficile de trouver des réponses systématiques à cette série de questions. Il est inconcevable de chercher à résoudre un problème social en créant un problème éthique. En effet, les valeurs fondamentales relatives aux techniques de procréation artificielle humaine sont au nombre de deux : la vie de l'être humain appelé à l'existence, et l'originalité de sa transmission dans le mariage. La transmission de la vie humaine a été confiée par la nature à un acte personnel et conscient.

Nous pensons que toutes ces prouesses sur la procréation sont contraires à la dignité d'être humain qui appartient à l'embryon. Elles ne peuvent donc en aucune manière être justifiées par d'éventuelles conséquences bénéfiques pour l'humanité future. Toute personne doit être respectée pour elle-même. Il s'agit de la dignité et du droit de tout être humain depuis son origine.

#### **2.2.2.2. Techniques macabres**

Les sciences biomédicales ont aussi produit des techniques relatives à la fin de la vie et qui posent des problèmes éthiques.

##### **2.2.2.2.1. Avortement ou Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)**

L'avortement est une technique médicale qui consiste à éliminer de l'utérus de la femme un embryon fécondé, appelé fœtus. Outre la fécondation in vitro qui constitue une sorte d'avortement, il y a une différence entre l'avortement clandestin et l'avortement thérapeutique.

L'avortement dans sa forme clandestine constitue la méthode la plus utilisée dans la société car, dans la plupart d'Etats de la planète, la légalisation de l'avortement reste encore taboue. Or, il faut aborder ce thème avec courage, honnêteté et lucidité dans un contexte de dépravation des mœurs qui ne nous laisse pas indifférents.

Le débat n'est pas clos sur cette question d'avortement. Est-ce un homicide ? Tout part de la complexité de l'identité de l'embryon : est-il un être humain ou un simple organe du corps humain au même titre que d'autres ? A cette préoccupation, trois hypothèses sont à relever chez les *biologistes*, chez les *humanistes différés* et chez les *rationalistes*.

**L'hypothèse biologiste** est purement scientifique. Elle affirme que dans l'embryon, nous avons tout ce qui est dans l'humain. En réalité,

*« l'individu, dès la fécondation, est déjà réellement, mais en petit, tout ce qu'il est destiné à devenir en grand au terme le plus éloigné de son développement »<sup>122</sup>.*

Par conséquent, détruire cet ovule, c'est tuer un humain bien qu'à l'état embryonnaire.

**Les humanistes différés** ne remettent pas en cause d'une façon catégorique la thèse biologique. Ils tiennent à préciser que l'être humain dont il est question, dans l'embryon, n'est pas encore complet ; c'est un individu en puissance qui ne peut pas bénéficier des mêmes droits qu'un individu en acte parce qu'

*« il ne le deviendra qu'à un moment ultérieur de son*

---

<sup>122</sup> Willy BONGO-PASI, *Cours de bioéthique, o.c.*, p. 23.

*développement, par le jeu des réactions du matériel génétique sur l'environnement biologique et par l'acquisition progressive des formes et des fonctions caractéristiques de l'homme»<sup>123</sup>.*

**Les rationalistes** se placent entre les biologistes et les humanistes. Ils se basent sur une hypothèse purement sociétale. Pour eux, le fœtus ne devient vraiment humain que lorsqu'il est autonome ou lorsqu'il est reconnu et accepté comme tel par ses parents ou la société.

Cette hypothèse est à la base de la *légalisation de l'avortement*. Ici, c'est l'humain ou une structure conçue par lui qui décide du sort de l'embryon. Tout doit être mis au point en vue de protéger le *déjà-là* au détriment d'un *déjà-là pas encore*. Ne dit-on pas qu'*un tiens vaut mieux que deux tu l'auras* ?

De ces trois hypothèses opposables, une autre thèse anthropologique et culturelle affirme que l'embryon ou le fœtus humain doit être considéré comme une personne humaine potentielle.

L'anthropologie, comme science humaine s'occupe de l'humain et est proche de la biologie. Cette dernière prouve scientifiquement que c'est à partir des codes génétiques issus du chromosome de deux partenaires qu'éclot la vie humaine en suivant les étapes suivantes : *l'organisation, la genèse et la croissance*.

Si l'humain se reconnaît comme fruit d'un processus d'organisation à partir d'un petit œuf fécondé, il a ce devoir moral d'avoir de l'égard envers ce sans quoi il ne serait-ce qu'il est. Il ne s'agit pas là d'un impératif et moins encore d'un fait facultatif. Sans pour autant forcer la reconnaissance de l'embryon comme un

---

<sup>123</sup> Ibidem.

être humain tout fait, il est aussi illogique d'ignorer le rôle combien capital que cet organe joue dans l'émergence de tout humain. Ceci nous pousse à soutenir la position selon laquelle, l'embryon est un être en émergence.

Toutefois, ce statut d'être en émergence attribué à l'embryon ne peut en aucun cas signifier qu'il y a déjà une personne en miniature à même d'émerger de soi. Mais, cette évidence n'est pas aussi à écarter compte tenu du mystère qui entoure le phénomène de la vie naissante. Ainsi, nous arrivons à la conclusion suivante : *l'embryon n'est pas une personne potentielle, mais doit être reconnu comme tel.*

Cette thèse n'est ni biologique, ni rationnelle et moins encore humaniste. Elle est plutôt *éthique*. Elle affirme que dès la fécondation, il faut ranger l'embryon dans l'ordre non pas de la chose ou de l'animal, mais de celui de l'humain. Guy Durand demande

*« d'admettre l'évidence d'un être humain en devenir, et de prendre conscience que notre façon de le traiter engage la moralité de notre rapport à la personne humaine tout entier, à la collectivité sociale en son ensemble et pour finir au genre humain lui-même »<sup>124</sup>.*

Par conséquent, une attitude autre que celle promue dans cette thèse éthique serait qualifiée de suicidaire. Car, au cas où la santé physique de la femme n'est pas menacée à cause de la grossesse qu'elle porte, il est immoral de recourir à l'ablation de l'embryon. Mais dans le cas contraire, il faut sauver la vie pour ne pas consacrer l'*Euthanasie*.

---

<sup>124</sup> Guy DURAND, *o.c.*, p. 392.

### 2.2.2.2.2. Euthanasie et suicide assisté

Les deux techniques, *euthanasie et suicide assisté*, ont en commun le fait de vouloir abrégé la vie humaine suite aux souffrances morales et/ou physiques intolérables, avec la complicité du médecin ou sous son assistance. D'où, il est difficile de distinguer, du point de vue objectif, les deux techniques.

*L'euthanasie* tire son origine du grec qui laisse entendre que la mort dont est question dans cette pratique est une *bonne mort*. La thèse fut soutenue entre le XVI<sup>ème</sup> et le XVII<sup>ème</sup> siècle par le philosophe anglais Francis Bacon qui disait que :

*« L'office du médecin n'est pas seulement de rétablir la santé, mais aussi d'adoucir les douleurs et souffrances attachées aux maladies ; et cela non pas seulement en tant que cet adoucissement de la douleur, considérée comme un symptôme périlleux, contribue et conduit à la convalescence, mais encore afin de procurer au malade, lorsqu'il n'y a plus d'espérance une mort douce et paisible ; car ce n'est pas la moindre partie du bonheur que cette euthanasie (...). Mais de notre temps les médecins (...), s'ils étaient jaloux de ne point manquer à leur devoir, ni par conséquent à l'humanité, et même d'apprendre leur art plus à fond, ils n'épargneraient aucun soin pour aider les agonisants à sortir de ce monde avec plus de douceur et de facilité»<sup>125</sup>.*

Cette citation présente un parallélisme entre différentes époques de la médecine.

---

<sup>125</sup> Cité par Willy BONGO-PASI, *o.c.*, p. 36.

Si ce terme est récent, le concept ainsi que la pratique de l'euthanasie ne sont pas nouveaux. Déjà au temps d'Hippocrate, l'euthanasie fut pratiquée, d'où cette recommandation dans son serment :

*« Jamais je ne mettrai du poison, même si on me le demande, et je ne conseillerai pas d'y recourir. Je ne mettrai pas d'ovules abortifs aux femmes »*<sup>126</sup>.

C'est aussi par euthanasie que Socrate a échappé à « l'humiliation », car il vaut mieux mourir fièrement dès lors qu'il ne sera plus possible de vivre avec fierté.

L'idée et la pratique de cette technique ne sont pas directement liées aux développements de la médecine moderne. Il est vrai que c'est la médecine moderne qui a suscité qu'une réflexion minutieuse soit engagée aussi bien du point de vue formel que du point de vue matériel.

Formellement, on distingue deux types d'euthanasie à savoir : l'*euthanasie active et euthanasie passive*. Toutes les deux formes sont matériellement identiques et représentent un acte volontaire en vue d'abrèger la vie du patient suite à sa propre demande ou à celle de sa famille. Dans le premier cas, le patient est psychologiquement atteint par une souffrance incurable et prend la résolution d'en finir une fois pour toutes, alors que le second cas est souvent lié aux raisons financières.

Il y a deux acceptions à souligner sur la mise en pratique de l'euthanasie active. Elle est appliquée si on ignorait ce qu'a été l'opinion du patient sur la technique et aussi quand le patient n'a plus la capacité mentale et physique d'en faire la demande. Elle est appliquée aussi lorsqu'il est conscient et manifeste la volonté

---

<sup>126</sup> Ibidem.

d'en finir avec la vie suite à l'atrocité de la souffrance. Selon Xavier Thevenot, ceux qui ont déjà fait l'expérience de la fin de la vie savent qu'

*« Elle est comme un séisme qui provoque un état de panique parce que tout ce sur quoi on s'appuie d'habitude, le sol, le rocher, vient de manquer. La souffrance est un séisme qui ébranle ces rochers que sont notre corps, nos relations avec nos proches, notre utilité sociale »<sup>127</sup>.*

Le Pape Jean Paul II nous fait voir, dans *Evangelium vitae*, que

*« la demande qui monte du cœur de l'homme dans sa suprême confrontation avec la souffrance et la mort, spécialement quand il est tenté de se renfermer dans le désespoir et presque de s'y anéantir, est surtout une demande d'accomplissement, de solidarité et de soutien dans l'épreuve. C'est un appel à l'aide pour continuer d'espérer, lorsque tous les espoirs humains disparaissent »<sup>128</sup>.*

La demande de l'euthanasie, loin d'être un aveu du patient en désespoir, c'est plutôt une requête de la vie. Alors répondre à cette demande par un acte opposé à sa volonté est un crime, par conséquent, selon *Evangelium vitae*, n°73,

*« (...) l'euthanasie est donc un crime qu'aucune loi humaine ne peut prétendre légitimer. Des lois de cette nature, non seulement ne créent aucune obligation pour la conscience, mais elles entraînent une obligation grave et précise de s'y*

<sup>127</sup> Xavier THEVENOT, *o.c.*, 1991, p. 69.

<sup>128</sup> JEAN PAUL II, Pape, *Evangelium vitae*, n°73.

*opposer par l'objection de conscience»<sup>129</sup>.*

### **2.2.2.3. Techniques de maintien de la vie**

Les sciences biomédicales ont révolutionné la vie en permettant à l'homme de vivre plus longtemps grâce aux nombreuses techniques de maintien de la vie. Mais toutes ces techniques ont créé des problèmes nouveaux, surtout d'éthique.

#### **2.2.2.3.1. L'acharnement thérapeutique**

Cette technique consiste à maintenir une vie désespérée qui va naturellement vers son dénouement. Ainsi, la controverse connue sur la pratique de l'euthanasie reste aussi perceptible dans la pratique de l'acharnement thérapeutique. La famille ne veut pas voir mourir un de leurs et en même temps, elle se plaint de sa souffrance.

Face à cette position, l'acharnement thérapeutique est défini par Gilbert Hottois comme

*« L'attitude des médecins qui utilisent systématiquement tous les moyens médicaux pour garder en vie une personne » ou encore « l'emploi de moyens...intensifs avec, comme but, la prolongation de la vie...au stade terminal»<sup>130</sup>.*

L'Association Médicale Mondiale (AMM) estime que l'acharnement thérapeutique est un

*« traitement extraordinaire dont personne ne peut espérer*

---

<sup>129</sup> Ibidem.

<sup>130</sup> HOTTOIS Gilbert, *Essais de philosophie bioéthique et biopolitique*, Paris, Vrin, 1999, p.19-20.

*un quelconque bénéfice pour le malade»<sup>131</sup>.*

Devant ce dilemme, plusieurs scientifiques n'approuvent pas la position commune sur la conception de l'acharnement thérapeutique qui se distingue d'une autre attitude médicale appelée «obstination thérapeutique ». Si la première est condamnable parce que qualifiée de mauvaise, la seconde est considérée comme une attitude non répréhensible, car,

*« un bon médecin est celui qui n'abandonne pas trop vite, et qui sait se battre jusqu' au bout »<sup>132</sup>.*

En considérant le problème sous cet angle, de l'abandon ou pas du patient par le médecin, le Comité Consultatif National (français) d'Ethique est arrivé à définir

*« l'acharnement thérapeutique comme une obstination déraisonnable, refusant par un raisonnement buté de reconnaître qu'un homme est voué à la mort et qu'il n'est pas curable»<sup>133</sup>.*

Au fait, ce comité soutient la thèse qui ressort de la phrase ci-après : *laisse-le, de toute manière il va mourir*. Mais, ce que ce comité n'a pas philosophé est qu'il n'y a rien de raisonnable dans cette position. Il s'agit tout simplement d'un jugement qui peut être fait à posteriori, c'est-à-dire qui est subjectif.

Pour ce faire, l'acharnement thérapeutique étant une technique, il doit être compris comme tel. Le médecin, avant de soumettre son patient à cette pratique, doit être à mesure de faire une parfaite lecture de la santé de son patient et arriver à préciser son avenir sanitaire. De ce fait, il est obligé de commencer par

---

<sup>131</sup> AMM : Association Médicale Mondiale.

<sup>132</sup> Ibidem.

<sup>133</sup> Ibidem.

comprendre ce qui se passe réellement chez son patient en vue de détecter les éventuels cas nécessitant l'acharnement thérapeutique.

Voici trois situations cliniques sur lesquelles un médecin est appelé à porter un jugement réfléchi sur l'application ou pas de l'acharnement thérapeutique.

(1) Devant un cas dont depuis son apparition, la médecine n'a jamais trouvé la solution et moins encore un palliatif, y soumettre un patient à l'acharnement thérapeutique traduit directement une faute professionnelle de la part du médecin. Parce que, il va perdre son temps et le patient va subir une torture tant morale que physique avant la mort.

(2) Mais, il y a des cas qui, après d'intenses soins finissent par être guéris totalement ou à moitié. Ici, l'acharnement thérapeutique a sa raison d'être appliqué ; et le refuser au patient, qui connaît un tel cas, serait un assassinat, une euthanasie. On vouerait à la mort un être dont la probabilité d'ajouter encore de la vie à ses jours était possible.

(3) Enfin, il y a des cas traitables. Mais pour y arriver, le patient doit subir un traitement quasi inhumain de la chimiothérapie ou d'autres pratiques médicales similaires avec risque que toute sa vie soit affectée négativement même en cas d'une pratique réussie.

De tout ce qui précède, nous pouvons conclure qu'il n'y a pas d'alternative dans la position à prendre sur l'acharnement thérapeutique. Parce que le rejeter, c'est dire tout simplement qu'il n'y a pas de chance de guérison, par conséquent, il ne s'agit pas de refus d'acharnement mais de refus d'une faute professionnelle de la part du médecin. Car, scientifiquement ou médicalement parlant, le *on ne sait jamais* n'est pas responsable.

### 2.2.2.3.2. Prélèvement et greffe d'organes

Personne n'a contribué à la négociation de son existence. La vie nous a été gracieusement offerte.

Toutefois, une fois acquise, il revient à l'homme de l'entretenir. Il lui revient de prendre à bras le corps toutes les opportunités que lui présentent la technique et la technologie modernes en vue d'améliorer et de parfaire son existence ici sur terre.

C'est dans cette perspective que la biomédecine va développer, en plus de la première technique du maintien de la vie, une autre qui consiste à remplacer l'organe défectueux du corps par un autre issu d'une tierce personne. Cette dernière peut ou ne pas avoir de liens parentaux avec le donneur ; aussi, ce donateur peut ou ne pas être conscient du prélèvement de son organe en vue de le greffer chez un autre.

Le premier moment est celui du prélèvement d'organe. *Prélever* signifie extraire quelque chose dans un tout pour un but précis. En médecine, ce sont les parties du corps ou les organes remplissant une ou plusieurs fonctions bien déterminées qui sont visés. Il s'agit d'un ensemble d'organes qui tiennent au bon fonctionnement de l'organisme humain, notamment, le cœur, les reins, les poumons, le foie, le pancréas, les intestins...

Le dysfonctionnement de l'un de ces organes entraîne un malaise généralisé du corps entraînant parfois la mort. Or, l'homme est toujours allergique au sujet de sa mort. Aussi se lancera-t-il, grâce à la médecine, à la quête des voies et moyens pour que, en cas de perte d'un des organes cités, un autre lui soit remplacé. Ce dernier doit provenir d'une autre personne vivante ou morte appelée «*donneur*».

Il y a de cas, souvent rares où le donneur est vivant. Il s'agit souvent d'un parent. Mais, les conséquences négatives, tant sur le plan éthique que social, ne sont pas moindres.

Pour le cas du donneur décédé, il y a des préalables que l'équipe de prélèvement doit connaître avant de passer à l'opération et à l'extraction d'organes dans un corps inerte. Il est important de savoir à quel moment et dans quelles conditions on peut déclarer le décès d'une personne et quel est le maximum de temps qu'il faut pour réaliser le prélèvement d'un organe bien précis.

Il y a plusieurs étapes à parcourir. Elles commencent par la constatation du décès d'un donneur *potentiel*. Pourquoi *donneur potentiel* ? C'est tout simplement du fait que dans certains pays du nord, toute personne décédée est d'office donneur si de son vivant, elle n'avait pas manifesté sa désapprobation vis-à-vis de la pratique. Toutefois, la confirmation du décès doit être certifiée par au moins deux médecins différents sur base des signes cliniques tels que : *l'arrêt total du cerveau et surtout de l'activité de l'électroencéphalogramme*. Après cette confirmation, le corps est mis sous la surveillance des infirmiers.

Dans cette attente, une équipe médicale discute avec la famille du défunt en vue de recueillir les informations sur sa position sur le don d'organes. Au cas où sa position était négative, le corps sera rendu intact à la famille. Au cas contraire, c'est une diplomatie rigoureuse de l'équipe médicale qui doit jouer en vue d'arracher l'approbation de ses responsables. Dans certains pays, le principe de la solidarité sociale prime sur les individus ; ainsi, il est difficile que les négociations échouent.

C'est seulement après avoir eu l'accord que l'équipe chirurgicale pourra passer à la dernière étape consacrée aux différentes opérations en suivant le timing exigé

pour le prélèvement et la greffe de chaque organe. Par exemple, pour le cœur, du prélèvement à la greffe, l'opération ne doit pas dépasser 4 heures, pas plus de 8 heures pour les poumons, celle du foie doit garder une marge de 18 heures et pas plus de 36 heures pour un rein. Toutefois, si l'organe est prélevé loin de l'hôpital où il doit être transplanté, sa conservation exige une température de 4°C dans une glacière.

L'organe prélevé reste un don, par conséquent, le bénéficiaire ne peut en faire un droit. Pour Olivier Dinechim, il doit accepter

*« les règles de répartition qui ont été données par le corps médical et essayer de ne pas tricher avec. Entrer dans la perspective du don, car la greffe que l'on vous fera est un don, non un droit »<sup>134</sup>.*

Compte tenu du nombre des cas à greffer, l'équilibre est loin d'être réalisée entre les deux catégories engagées dans le processus, à savoir les donneurs et les receveurs. Cette situation est à la base de certains dérapages du point de vue médical et social :

*« Le succès des transplantations d'organes ne se dément pas, tandis que se creuse nettement l'écart entre l'offre et la demande. En raison de la pénurie chronique d'organes, 15 à 30% des patients inscrits sur les listes d'attentes décèdent avant d'avoir pu bénéficier d'une greffe. Les organes criminelles internationales ont repéré ce 'créneau' lucratif et font pression sur des personnes en situation de pauvreté extrême, particulièrement dans les pays d'Europe orientale,*

---

<sup>134</sup> DINECHIN Olivier (de), *L'homme de la bioéthique*, Paris, Desclée de Brouwer, 1999, p. 37.

*pour les inciter à vendre leurs organes»<sup>135</sup>.*

Bien que difficile à démonter ce trafic d'organes, à l'instar de tous les trafics illicites, il est vrai que la question mérite une attention particulière. Elle fait remonter à la surface un bon nombre de questions d'ordre éthique telles que : Convient-il que les pauvres pourvoient à la santé des riches ? Où, la pauvreté peut-elle être soulagée au prix de la santé humaine ? Ou encore, la pauvreté peut-elle compromettre la dignité humaine et la santé ?

Les réponses à toutes ces questions ne peuvent n'être que négatives. Car, d'aucuns n'ignorent que, ni la santé et moins encore la dignité ne peut être monnayée. L'expérience nous prouve que, tout vivant qui s'est hasardé à trafiquer un de ses organes (en particulier le rein) finit toujours sa vie sous dialyse. Et, faute des moyens parce que pauvre, il succombe de cette carence.

Quant au niveau du service médical, c'est-à-dire de la part des médecins, le risque de cette technique reste la tendance qu'ont ces derniers à sacrifier la santé du patient, considéré comme donneur potentiel, au profit du patient inscrit sur la liste d'attente pour une éventuelle greffe sacrifiant ainsi le principe de *justice* et les critères médicaux tels que : *l'urgence, la gravité de la maladie et la proximité géographique*.

Concluons avec Dinechin Olivier (de) que

*« si les estimations actuelles suggèrent que le commerce illicite d'organes se maintient à un niveau relativement modeste en Europe, (...), il est très probable qu'avec les nouveaux progrès de la médecine, le décalage entre l'offre*

---

<sup>135</sup> Ibidem.

*et la demande d'organes continuera de se creuser »<sup>136</sup>.*

Par conséquent, les criminelles n'auront aucun souci quant à leur bourse. Toutefois, s'il est nécessaire non pas d'éradiquer mais de faire perdre de vitesse ce trafic illicite d'organes, il faut arriver à réduire la demande d'organes par la promotion tout azimut du don (volontaire) d'organes ; maintenir une législation stricte dans le domaine des donneurs vivants sans lien avec les receveurs. C'est-à-dire, comme dans certains pays d'Europe, que le ministère de justice soit saisi de tout don d'organes en vue de le certifier par un document officiel juridique.

Le deuxième moment est celui de la greffe d'organes proprement dite. La technique de greffe d'organes doit être comprise comme la finalité du prélèvement de ces organes. Ainsi, nous pouvons affirmer qu'il n'y a pas de greffe sans prélèvement. Et, comme toutes les autres techniques que nous avons analysées précédemment, la greffe d'organes a une histoire qui date du XI<sup>ème</sup> siècle. C'est dans les années 1869 que le médecin Jacques Louis Reverdin va procéder à la première greffe sur les tissus épidermiques.

En effet, si de nos jours cette technique est devenue une opération de routine, la tâche n'était pas facile en sa genèse. Il n'y a pas eu seulement les difficultés d'ordre professionnel, mais aussi des contradictions interdisciplinaires. Suite à une série de ratées dans la pratique opératoire, les biologistes ont suggéré tout simplement que la technique soit abandonnée. Mais, devant la détermination des médecins, la solution fut trouvée grâce au traitement en 1959 par le médecin néphrologue français Jean Hamburger. Ce dernier, à l'aide du traitement à corticoïde, à l'irradiation du receveur par les rayons X, et à l'immunosuppresseur, réussira à greffer le rein entre deux jumeaux.

---

<sup>136</sup> Ibidem.

Cette victoire est la base d'autres prouesses telles que la greffe du cœur en 1967, celle de foie en 1972 ; quatre ans plus tard, c'est le pancréas qui fut greffé, en 1976 ; et la première transplantation en bloc, celle du cœur-poumon, fut réalisée en 1981 avant de réaliser uniquement celle de poumon en 1987.

Si l'apparition de l'immunosuppresseur et du corticoïde a permis de garantir la survie de la personne greffée, c'est plutôt la cyclosporine qui fut l'agent déclencheur du prélèvement et de la transplantation à grande échelle. Mais, c'est elle aussi qui est à la base du renforcement du *tourisme de transplantation* ou du trafic d'organes humains.

De nos jours, d'après les enquêtes, on enregistre un grand réseau mafieux en Asie consistant à persuader les familles pauvres à s'enrichir grâce à la livraison de rein d'un de leurs membres. Le pire est que ces négociants, en quête d'organes humains, ne se soucient pas de l'après prélèvement d'organes chez les nécessiteux. Ces derniers livrés à leur triste sort, ne savent pas comment s'y prendre pour se maintenir durablement en vie avec ce déficit physiologique. Et la conséquence, c'est leur propre mort que ces personnes achètent.

Nous devons aussi retenir que, compte tenu d'une campagne de sensibilisation sur les méfaits de cette activité lucrative volontaire, le marché connaît une sérieuse récession causant la rareté d'organes dans des banques et hôpitaux spécialisés. Par conséquent, il faut passer à l'étape B ; c'est-à-dire trouver à tout prix ces précieuses marchandises, car la demande ne fait qu'augmenter. Et, cette étape B consiste à passer à la criminalité. C'est ainsi que le taux de disparition, dans certains pays à forte densité, est toujours croissant même si tous les cas ne sont pas souvent déclarés.

Le pire dans cette situation de commercialisation d'organes est que nous

risquons de nous retrouver dans une société où tous les pauvres seront sacrifiés pour le bien être des riches. Car, nous venons de le démontrer que c'est auprès de plus démunis que le marché est conclus.

Incontestablement, il n'y a plus de doute que ces progrès de biologie et de la médecine au cours des quatre dernières années, ont placé l'homme devant des situations totalement inédites et le conduisent à s'interroger sur le sens de sa vie et de son destin. L'apparition des techniques de la génétique moderne a suscité un questionnement éthique d'autant plus crucial, qu'il s'impose à un moment où notre monde semble avoir perdu les repères traditionnels qui fondent la cohésion sociale.

On le sait bien, depuis longtemps, la conduite de la vie humaine a préoccupé les philosophes moralistes. Au cours des âges, l'évolution de l'humanité a conduit à élaborer des codes de conduite relativement simples à ce sujet. Mais l'accélération du progrès biologique et médical ces dernières années, nous a fait poser la question suivante : quelle attitude faut-il adopter face à ces nombreuses théories biomédicales ? Comme il est aisé de s'en rendre compte, il se pose la difficile et délicate question de savoir comment concilier la nécessité d'une recherche scientifique et médicale avec la protection de la dignité humaine ? En d'autres termes, comment amener les chercheurs et les médecins à prendre conscience des conséquences éthiques et déontologiques des découvertes en sciences biomédicales, mieux des théories biomédicales et de leurs applications. N'est-ce pas cela, l'objet même de la bioéthique ?

Pour conclure, nous pouvons dire que les biotechnologies nous ont permis de guérir, prévenir, prédire, substituer des organes du vivant et de cadavre, transplanter des cellules fœtales et peut être qu'elles permettront de transplanter un jour des cellules souches embryonnaires. L'embryon sera alors

instrumentalisé, pour régénérer des cellules défectueuses.

Devant ces possibilités et d'autres, les enjeux bioéthiques vont se développer davantage. Les chercheurs et les praticiens doivent alors engager un dialogue avec leur conscience pour dégager une conduite qui respecte au mieux, deux règles fondamentales de l'éthique : la non nocivité, l'utilité de leur agir.

La société est également concernée et doit apprendre à vivre avec le progrès des connaissances de la biotechnologie, ses bénéfices et ses risques. Aussi, doit-elle concrétiser ses espoirs, en lançant un défi à la science et à l'éthique, pour instaurer, confiance, vigilance et encadrement, dans un domaine aussi fertile au progrès rapide des techniques et des pratiques et qui s'introduit de plus en plus dans le langage médical et philosophique pour concilier science et conscience et pour harmoniser l'application des sciences du vivant dans l'ordre de la loi.

### **CHAPITRE TROISIEME : LES PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA PRATIQUE MEDICALE**

Parler des fondamentaux de la profession médicale, c'est évoquer tout ce qui sert de bases théoriques à l'exercice médical et doit constituer ses repères dans une grande variété d'applications. C'est en d'autres termes, en appeler aux fondements éthiques, c'est-à-dire aux grands principes présidant à l'exercice médical au plan universel.

S'appuyant sur une solide tradition enracinée dans l'Antiquité, l'exercice de la médecine est soumis à des lois qui engagent tous ceux qui ont accepté de remplir cette exceptionnelle mission.

L'acte médical<sup>137</sup> ou la prise en charge par des Professionnels de santé devra se conformer aux exigences de la loi. Il devra également suivre les principes déontologiques de la profession et être en conformité avec les valeurs éthiques de la profession. Cette triangulation incontournable permet de donner aux problèmes moraux et humains que pose l'exercice médical, un ensemble de réponses permettant d'orienter la conduite médicale selon des principes acceptables pour la dignité et la liberté de l'individu. Ces exigences et principes ne sont pas sortis de terre comme des champignons, ils tirent leurs racines des textes dont la plupart remonte à l'origine de l'acte médical.

La pratique médicale sur des sujets humains repose sur plusieurs principes de base qui passent pour être le fondement de toutes les réglementations ou lignes directrices afférentes à l'éthique médicale. Ne pouvant pas en dresser une liste exhaustive, nous allons présenter quelques-uns ici.

---

<sup>137</sup> L'acte médical et l'acte de soin peuvent se définir comme un acte réalisé par un médecin ou un professionnel de santé sur le corps humain et ayant trait à la santé.

Ces principes sont considérés universels, et ils transcendent les frontières géographiques, culturelles, économiques, juridiques et politiques. Les médecins et ou les paramédicaux et, en fait, la société dans son entier sont tenus de garantir le respect de ces principes à chaque fois que des malades ou des patients se présentent dans un centre hospitalier ou dans une formation sanitaire quelle que soit leur position sociale, leur origine, langue ou leur ethnie etc. C'est dire en conséquence que, l'exercice médical inclut des principes éthiques fondamentaux à sa conception et à sa mise en œuvre.

### **3.1. Les valeurs fondamentales de la médecine**

Nous avons notamment : la compassion, la compétence et l'autonomie. Si ces valeurs n'appartiennent pas en exclusivité à la médecine, on attend toutefois des médecins qu'ils les portent à un degré d'exemplarité plus grand que dans beaucoup d'autres professions.

La compassion, définie comme la compréhension et la sensibilité aux souffrances d'autrui, est essentielle à la pratique de la médecine. Pour traiter les problèmes du patient, le médecin doit reconnaître les symptômes et leurs causes sous-jacentes et vouloir aider le patient à obtenir un soulagement. Les patients répondent mieux au traitement s'ils sentent que le médecin est sensible à leur problème et qu'il soigne leur personne plutôt que leur seule maladie. La compassion est une des valeurs essentielles de la médecine et s'avère fondamentale pour une bonne relation thérapeutique.

La compassion repose sur le respect de la dignité et des valeurs du patient, mais ne se limite pas à ces principes ; elle reconnaît et répond à la vulnérabilité du patient confronté à une maladie et / ou incapacité. Un patient qui sent la

compassion du médecin est mieux à même de faire confiance à la capacité de celui-ci d'agir dans son meilleur intérêt, cette confiance pouvant contribuer à assurer le processus de guérison.

Que dire de la compétence ? Pour répondre à sa mission, le médecin doit être compétent. Un haut degré de compétence est à la fois attendu et exigé des médecins. Le manque de compétence peut avoir des conséquences graves ou entraîner la mort comme on en rencontre d'ailleurs quelques fois avec les erreurs médicales. Aux Etats-Unis, en 1999, l'Institute of Medicine révéla que 44000 à 98000 patients décédaient chaque année d'erreurs médicales dans les hôpitaux américains. Cet organisme estimait que la majorité des erreurs pouvaient être prévenues en améliorant la structure des procédures de soins dans le système et en développant une culture de sécurité des patients parmi le personnel<sup>138</sup>.

Les médecins reçoivent un enseignement long destiné à leur assurer cette compétence, mais vu l'évolution rapide des connaissances médicales, le maintien de ces aptitudes constitue un défi qu'ils doivent relever sans cesse. Du reste, il ne s'agit pas seulement de maintenir un niveau de connaissances scientifiques et de compétences techniques mais aussi des connaissances, compétences et comportements éthiques, puisque les nouvelles questions éthiques dérivent des changements de la pratique médicale même et de son environnement social et politique.

Cette compétence résulte des études qu'il a faites, parfois d'une formation complémentaire acquise et reconnue par les commissions de qualifications gérées par l'Ordre, de son exercice habituel qui peut conduire à développer certaines aptitudes tandis que d'autres s'estompent. Restant posée dans son principe, la compétence générale que donnait le titre de docteur en médecine

---

<sup>138</sup> <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-fra.php>, consulté le 13 décembre 2016.

connaît de fait de sérieuses limitations. Elle est entretenue par un développement professionnel permanent, un perfectionnement régulier pour tenir compte des innovations scientifiques et techniques comme de nouveaux modes d'exercice.

La pratique professionnelle est appréciée par une évaluation dont le besoin se fait de plus en plus sentir et qui a toute raison de devenir périodique. Cette compétence est soumise à des installations et à des moyens matériels dont le médecin dispose selon sa pratique. Le médecin doit être aussi disponible, pour répondre à la demande du patient quelle qu'en soit la nature (écoute, examen, conseil, soin), porter secours en cas d'urgence, assurer la permanence des soins.

L'autonomie, ou l'autodétermination, est la valeur fondamentale de la médecine qui a connu le plus de changements au cours des Déclaration de Genève de l'Association Médicale Mondiale.

### **3.2. Le respect de la personne**

Dans son ouvrage considéré comme référence dans le développement de l'éthique « Bioethics : bridge to the future », Potter Van Rensselaer (1911-2001), oncologue à l'université du Wisconsin, a écrit que le but de la science n'est pas seulement d'apporter des connaissances inédites, mais aussi de penser l'homme. En d'autres termes, le développement de la science, et celui notamment des sciences médicales, ne sauraient aller sans une réflexion sur l'idée que l'on se fait de la nature humaine. Cela s'appuie sur le proverbe de Rabelais bien connu : « *Science sans conscience n'est que ruine de l'âme* ». C'est pour dire au fait que pour faire de la science, il faut la soumettre à l'éthique.

Généralement, la maladie affaiblit tout être malade. Elle fait même régresser, infantilise et réduit l'autonomie. Le malade est à ce moment perçu comme l'illustrent les propos du Professeur Portes :

« un jouet, à peu près complètement aveugle, très douloureux et essentiellement passif »<sup>139</sup>.

Cela a engendré du coup un paternalisme systématique sur le malade lui arrachant tout pouvoir de décision.

Mais contre ce paternalisme systématique exercé par les médecins, les autres soignants, voire même les proches sur le malade, considéré comme juridiquement inférieur parce qu'il est biologiquement le plus faible, les lois de bioéthique de juillet 1994 ont posé le principe de « la primauté de la personne » et d'abord de celle qui est malade. On ne peut plus recourir aux simulacres qui, généralement ont pour conséquences de l'entourer d'un mur de mensonges, de lézarder son environnement social et de saper la nécessaire confiance entre soigné et médecin.

Il s'agit plutôt :

- de rétablir l'autonomie de la personne malade en lui rendant ses responsabilités ;
- de corriger l'inégalité secondaire à la maladie et de n'exploiter en aucun cas la faiblesse du malade, mais de l'assurer d'une protection renforcée et respectueuse de sa personne.

Le médecin ne peut et ne doit en aucune manière suivre une logique socio-économique estimant que la valeur d'un individu se mesure à son rang social ou à l'argent qu'il gagne. En principe pour le médecin, toutes les vies, toutes les personnes se valent. Soulignons que le respect de la personne inclus l'altruisme et « *cette qualité générale s'impose à un médecin plus qu'à un autre humain en*

---

<sup>139</sup> B. HOERNI, *Ethique et déontologie médicale*, p. 37.

*raison des services qu'on lui demande* »<sup>140</sup>. L'altruisme, mouvement généreux, se résume essentiellement à une attention portée à autrui.

Cette qualité s'impose au praticien formé pour recueillir des signes et des symptômes qui dénoncent la maladie. Elle s'impose aussi pour lui permettre d'entendre et de comprendre la nature de l'appel de la personne malade. Le soignant doit le laisser exprimer sa plainte, la souffrance ressentie.

Cette attention consiste également à reconnaître le patient en tant qu'individu, et non pas seulement comme porteur d'une maladie, titulaire d'un dossier ou d'un numéro de chambre. Chaque individu a le droit et le besoin d'être ainsi reconnu par les autres.

Ce besoin doit être d'autant mieux satisfait qu'il a du mal à s'exprimer de la part d'une personne diminuée, atteinte dans son être par un mal qui peut menacer son existence, qui réduit ses capacités d'expression, qui altère son apparence. On voit bien comment certains malades sont considérés par leur entourage. Il revient au médecin de leur apporter toute sa considération, d'autant plus qu'elle va moins de soi, toujours dans le souci de rétablir l'équilibre compromis par l'atteinte morbide.

Le respect de la personne recouvre la capacité et les droits qu'ont tous les individus d'être les arbitres de leurs propres choix et décisions. Il se rapporte au respect de l'autonomie et de l'autodétermination de tous les êtres humains, dont on reconnaît la dignité et la liberté. C'est dire que ce respect de l'autre interdit au praticien toute influence qui n'aurait pas d'abord une finalité thérapeutique dans l'intérêt du patient. C'est d'ailleurs ce qu'indiquent les trois principes d'éthique médicale européenne :

---

<sup>140</sup> Idem, p.38.

*« Le médecin s'interdit d'imposer au patient ses opinions personnelles, philosophiques, morales ou politiques dans l'exercice »<sup>141</sup>.*

On pourrait ajouter : ses opinions médicales et d'ailleurs l'article 4 des mêmes principes, précise :

*« Le médecin ne peut substituer sa propre conception de la qualité de vie à celle de son patient »<sup>142</sup>.*

Même si l'on sait que les médecins ont longtemps été dotés d'une autorité morale débordant leur rôle strictement professionnel, celle-ci peut bien évidemment persister mais n'a plus à s'imposer. Le rôle de conseil que garde le médecin n'est pas un rôle de décision par substitution qui caractérise un paternalisme dur.

En effet, la volonté d'abolition progressive du « paternalisme médical » a conduit les autorités juridiques à identifier un principe fondamental, conduisant à la reconnaissance de la particularité du sujet de soins qui désormais ne doit, en effet, jamais pouvoir être déconsidéré dans sa relation face au professionnel, mais, au contraire, doit conserver sa particularité essentielle. Cette dernière sera faite d'une volonté autonome apte à s'exprimer, à choisir son traitement et en supporter les conséquences. Il s'agit donc d'une volonté de réhabilitation du patient dans la relation de soins, et de la sauvegarde de la dignité de la personne humaine<sup>143</sup>.

---

<sup>141</sup> Bernard HOERNI, *Op.cit.*, p. 41.

<sup>142</sup> *Idem.*

<sup>143</sup> <http://initiative-ethique.fr/2012/02/02/droits-de-la-personne-malade-dignite-du-soin/> le 05/12/14.

Parlant de la dignité humaine, ce principe apparaît comme le fondement de la démocratie moderne. Il s'est formé dans la tradition judéo-chrétienne et il a trouvé sa formulation philosophique au siècle des Lumières, dans la morale déontologique telle que Kant l'a exposée en affirmant qu'

*« il y a une loi morale universelle, et cette loi s'exprime dans la conscience de la dignité de la personne et du respect auquel, en tant qu'être humain, elle a droit. Toutes les choses qui peuvent être objets du besoin ou du désir ont un prix, mais tout ce qui a un prix peut être remplacé par autre chose, par une chose équivalente. Ce qui est seul irremplaçable, c'est la personne, et c'est pourquoi elle n'a pas de prix : elle a une dignité, et le respect de cette dignité, chacun en convient, est le signe de la véritable appartenance à l'humanité. Traiter une personne comme une chose est le signe de l'inhumanité même»<sup>144</sup>.*

La notion de respect de l'être humain est souvent liée à celle de dignité. La dignité est un attribut, une qualité de la personne, une valeur recherchée, le respect quant à lui est une notion éthique qui traduit cette dignité. Tous deux liés entretiennent des rapports de sujet à objet et dans cette réciprocité chacun a l'obligation de respecter la dignité de l'autre. Bref, la dignité appelle le respect, qui est en quelque sorte l'obligation d'avoir de la considération pour l'autre, de l'égard,

*« le regarder vraiment comme un autre, autre identique à moi, porteur de la même humanité, de la même dignité que moi»<sup>145</sup>.*

---

<sup>144</sup> Idem.

<sup>145</sup> Idem.

Les médecins ainsi que tous les prestataires des soins devront alors faire un effort conscient afin de préserver cette approche humaniste et relationnelle du soin dans les situations cliniques.

Le médecin de même que les autres acteurs de l'acte médical ont reçu de la société la mission de soigner. Ce n'est pas un commerce, mais une charge confiée à des professionnels, officiellement diplômés pour cela. Elle a pour objet de porter secours aux individus malades, pour si possible rétablir leur santé ou retarder leur mort. Il en découle que des pouvoirs particuliers sont accordés aux médecins contrairement à d'autres catégories de profession. Et à la manière d'une société démocratique, où tout pouvoir doit être contrôlé, un pouvoir médical accru appelle logiquement à un contre-pouvoir renforcé par le code déontologique.

Au nombre des principes généraux, il y a les principes fondateurs de l'acte de soin. L'exercice médical vise à préserver ou à restaurer la santé physique ou morale des individus (Code de déontologie article 2)<sup>146</sup>. Et la santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est

*« un état complet de bien-être physique, mental et social, ne consistant pas uniquement en une absence de maladie ou d'infirmité »<sup>147</sup>.*

La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie (art 16 du Code civil). C'est l'intérêt thérapeutique qui justifie de l'atteinte par le médecin ou le soignant à l'intégrité corporelle ou à l'intimité. Le médecin est au

---

<sup>146</sup> Article 2, Le respect de la vie et de la dignité de la personne.

<sup>147</sup> Cfr OMS.

service de l'individu mais également de celui de la santé publique. Le médecin doit ainsi concourir à des actions de prévention et d'éducation sanitaire pour l'individu mais aussi veiller à la protection de la santé des populations.

Le médecin ou le soignant dans son action ne peut manquer de respect pour la vie humaine, pour la personne humaine et sa dignité. Ce respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer même après la mort de son patient. Le respect de la vie se présente comme la valeur première, fondamentale, celle qui précède par essence toutes les autres et en constitue la raison d'être.

Pour Bernard Hoerni,

*« Sans être dispensé du respect de la vie en général, comme tout un chacun, le médecin a le devoir particulier de respecter la vie de l'être humain qu'il soigne »<sup>148</sup>.*

Quels que soient les traits de personnalité que le médecin est amené à détecter chez une personne faisant appel à lui, il lui revient de respecter toutes les personnes et tout de chaque personne.

L'exercice médical ne peut se dissocier ou s'écarter des grands principes de moralité, de probité et de dévouement qui sont jugés indispensables à l'exercice de la médecine selon le Code de déontologie article 3. On comprend alors qu'il existe des composantes importantes de ce principe. Ils sont entre autres : la communication, le consentement, le respect du secret médical.

---

<sup>148</sup> Bernard Hœrni, *Ethique et déontologie médicale*, Paris, Masson, 1996, p. 29.

### 3.3. La communication

Dans tout acte médical, la communication inter active avec le patient est d'une importance fondamentale. Le respect de la personne malade amène à ne pas lui mentir. Cela amène à faire part au patient de tous les renseignements liés à son interrogatoire, aux examens, aux diverses analyses médicales faites, ainsi que les investigations complémentaires ; bref, tout acte du médecin lui permettant d'assumer sa fonction exploratoire. Avec Montaigne nous affirmons qu'

*il ne faut pas toujours dire tout, car ce serait sottise ; mais ce qu'on dit, il faut qu'il soit tel qu'on le pense, autrement, c'est méchanceté<sup>149</sup>.*

Et puisque la qualité de la vie est une affaire personnelle dont personne ne peut bien juger à la place d'un autre, il est indispensable que le malade soit informé autant qu'il le souhaite, autant que cela peut lui être utile, autant qu'il peut en tirer parti. L'information est nécessaire à plus d'un titre. Informer est indispensable pour maintenir une bonne communication entre le malade et le médecin ou son entourage. Une communication pauvre entraîne d'énormes souffrances dont on n'a souvent pas conscience. Elle porte d'ailleurs un coup à la confiance dans son médecin dont le malade a pourtant besoin.

En effet, comment être assuré que l'on est bien soigné si on a l'impression que le praticien ignore encore la nature de la maladie, qu'il agit sans raison déterminante, comme au hasard ou, pire, selon quelque plan machiavélique inavouable ?

Une information convenable est donc nécessaire pour permettre au patient de

---

<sup>149</sup> Cité par Ibidem.

s'adapter à la réalité. Elle lui permet aussi de comprendre : ce qui lui arrive, ce qui l'attend, la nature et les raisons d'un traitement, ses effets prévisibles. Il est de la nature de l'être humain de donner un sens à ce qui lui arrive. L'information convenable limite l'impact des effets secondaires inévitables ou prévisibles. L'information est également nécessaire pour le malade s'il est atteint d'une affection contagieuse ou transmissible. Le silence ici serait vraiment criminel. Seul le patient correctement averti et suffisamment motivé peut respecter les précautions qui s'imposent afin d'éviter la contagion tous azimuts.

Le malade n'est pas le seul à tirer profit des bienfaits de l'information convenable. Elle incite le médecin à être mieux informé qu'il ne l'était devant une situation inhabituelle, et favorisera surtout des échanges qui sont à la base de la relation médecin –malade et contribuent à sa qualité.

L'information, elle est à la fois le produit de la communication et le ciment de la relation. Le climat de confiance thérapeutique naît dans l'harmonie des trois différentes composantes : relation, communication et information.

L'information à donner au patient et à sa famille, est essentielle, vraie, claire, nuancée, ajustée au degré de compréhension de chacun. Éventuellement réitérée, elle demande de la part du médecin une attention particulière car elle est chargée, pour le malade, de tous les espoirs et de toutes les appréhensions, qu'il s'agisse de la révélation d'un diagnostic, de la proposition d'un examen complémentaire ou du choix d'un traitement.

Certes c'est un art difficile d'écouter patiemment, humblement, de conduire un dialogue, d'informer sans aller au-delà de ce que le malade veut savoir. Pour la compréhension du patient, l'information doit être donnée en langage intelligible, adaptée au niveau du patient, en termes mesurés, sans jamais sous-estimer la

résonance de certains mots dans l'esprit du patient anxieux et de sa famille.

Tout cela témoigne du bien-fondé des critères à la base de l'information du patient et déterminés par le Code de déontologie. Il s'agit de la loyauté, de la clarté et de l'appropriation. L'information doit être « loyale, claire et appropriée »<sup>150</sup>.

Une information est loyale lorsqu'elle est sincère de la part du praticien qui s'interdira de mentir comme de cacher un élément important. Cette loyauté concerne les données pathologiques comme les conclusions du médecin, l'explication des résultats d'analyse etc.

Une information claire est destinée à être comprise par le patient. Le médecin doit utiliser un langage à la mesure du niveau de son patient. Il doit vérifier que ce qu'il dit est clair pour son interlocuteur, compréhensible et compris. Enfin, une information appropriée est celle qui tient compte de la qualité du patient, de son émotivité, de ses réactions, pour être étalée, ralentie ou précipitée. Il faut également que l'information soit appropriée à la maladie et à l'enjeu thérapeutique, ainsi qu'au moment de son évolution. Montaigne estime que l'homme est un être inconstant, divers et ondoyant. C'est dire que cette information peut varier, au moins dans sa forme, d'un jour à l'autre, car le malade, en tant qu'humain est « ondoyant ».

Le principe est que le médecin ne fait rien d'inavouable, qu'il n'a rien à cacher au malade. Ce dernier peut donc obtenir autant d'information qu'il le souhaite sur son état. Le rôle du praticien de tout individu malade : respecter sa liberté, répondre de façon « claire, loyale et appropriée » aux questions posées. Cela favorisera la multiplication de patients informés, responsables, matures et

---

<sup>150</sup>Code de déontologie, art. 35.

coopérants avec lesquels peut s'établir un contrat de soins plus équilibré. L'information des patients joue donc un grand rôle. Une fois encore la nécessité d'abandonner le paternalisme exercé sur les malades n'est plus à démontrer. Il faut d'abord leur rendre les données qu'on leur a soustraites. Dotés de ces éléments, ils peuvent exercer le pouvoir de discernement qu'ils conservent, user du pouvoir de décision qui leur revient et dont on les aurait privé par un coupable silence.

Une personne qui traverse un état de crise, qui est soudain malade ou mourante dont les activités quotidiennes les plus anodines sont interrompues (arrêt de travail, appels téléphoniques et sorties entre amis suspendus ....) se retrouve face à des sentiments d'insécurité, d'anxiété et de dévalorisation. Souvent séparée de sa famille et de ses amis, la personne malade éprouve le besoin urgent d'être informée de son état de santé et aussi d'informer les autres, notamment le conjoint et la famille de la gravité de son état physique. Par conséquent, le manque d'attention et d'information à ce moment si crucial de sa vie, est susceptible d'augmenter son angoisse et sur dramatiser la situation.

Mais qu'en est-il de ce principe dans la pratique médicale au Bénin ? Une enquête nous permettra de répondre à cette question.

### **3.4. Le consentement**

Le consentement se définit généralement comme l'action de donner son accord à une action, à un projet. C'est l'acquiescement, l'approbation, l'assentiment. Nous voudrions, d'entrée en jeu, souligner qu'il a fallu attendre le Code de Nuremberg<sup>151</sup>, pour que le consentement surgisse comme la pierre angulaire de

---

<sup>151</sup> Élaboré en 1947, dans le cadre du procès de Nuremberg intenté contre certains médecins ayant dirigé les expériences sur des détenus des camps de concentration nazis, le Code de Nuremberg est considéré comme l'ancêtre de toutes les législations sur l'expérimentation biomédicale. Ce texte, qui regroupe une série de dix

l'éthique médicale. Après la Seconde Guerre mondiale, la découverte des pratiques auxquelles les médecins nazis s'étaient livrés a démontré à quels types d'actes de barbarie que l'exercice de la médecine peut conduire lorsqu'il est dépourvu de toute morale ou de toute humanité. À partir de cette époque, les dirigeants du monde eurent pour objectif d'empêcher la répétition sous quelque forme que ce soit des crimes contre l'humanité perpétrés dans les camps sous couvert de recherches médicales.

Afin de juger ces crimes contre l'humanité perpétrés dans les camps de la mort par les médecins nazis, les juges du Tribunal de Nuremberg formalisèrent les principes éthiques dans le Code de Nuremberg, composé de dix principes fondamentaux relatifs à l'éthique de la recherche.

Un acte médical, quel qu'il soit, même s'il est jugé efficace pour l'amélioration de la santé du patient ne peut être réalisé sans l'assentiment du patient. C'est pour respecter la dignité de la personne humaine qu'il est utile de justifier l'exigence du respect du consentement de la personne malade. Ceci n'étant pas la matière principale de notre travail, nous ne pouvons pas toutefois passer sans dire qu'il existe deux sortes de consentement. Il peut être verbal ou encore écrit, mais préalablement il doit être un consentement libre et éclairé.

Néanmoins, pour ne citer que le Code de déontologie médicale, il rappelle donc qu'il incombe au professionnel soignant de délivrer « une information claire, loyale et appropriée ». En cas de non satisfaction sur l'information, quand bien même l'acte serait in fine profitable à la personne, le patient pour confirmer son humanité peut le refuser.

---

principes, est fondateur de la bioéthique puisqu'il traite officiellement et sur le plan international d'un consentement volontaire des participants avant toute expérimentation.

Il a suscité une prise de conscience du danger des progrès de la science, la nécessité d'un encadrement et le besoin universel de créer des instances pluridisciplinaires, compétentes au plan juridique et indépendantes.

Un consentement éclairé nécessite des préalables c'est-à-dire une communication dans un langage simple et clair une écoute de la part du patient comme celle du soignant. Cette écoute témoigne du respect à l'endroit de la personne présente.

Il s'agit pour le médecin ou pour le soignant de respecter suffisamment la personne qu'il soigne en recueillant son consentement « libre et éclairé ». Le consentement du patient à l'action du médecin est un principe qui s'est vu enfin reconnaître une place fondamentale dans l'exercice de la médecine.

Le médecin dans ses prérogatives, certes est autorisé à agir sur la personne du malade à condition que ce soit dans l'intérêt du celui-ci, mais encore sauf si le malade l'y autorise. Le principe est donc que le patient a toute liberté pour choisir son médecin et pour accepter ou refuser une intervention médicale. Le consentement du patient est indispensable pour un traitement continu qui implique sa participation active, pour sa bonne observance.

Le contrat médical, il faut l'avouer, a été de tout temps fondé sur un paternalisme traditionnel. Il a été difficile et il l'est encore aujourd'hui chez nous au Bénin de concevoir qu'un patient puisse refuser quelque chose prévu pour son bien par le soignant. Cela constitue dans la plupart des cas un point de discorde et de tension, ou mieux un affront pour le médecin qui souvent le dramatise. Une telle attitude constitue très souvent même la cause de l'inattention dont fera plus tard objet le patient tout au long de son traitement.

Et pourtant, il n'y aurait pas d'éthique médicale au sens concret du terme sans le pilier central du « consentement ». Or il existe un paradoxe entre ce qu'exigent le droit, les textes législatifs, les différentes conventions et la réalité. Doit-on placer le malade devant toutes les hypothèses évolutives de sa maladie au nom de son information éclairée, au risque de l'angoisser inutilement en respectant

son autonomie ? Doit-on, au contraire, réduire le champ de l'information à ce qui est réellement nécessaire, ce qui respecte la bienfaisance mais pas nécessairement l'autonomie ? D'une manière ou d'une autre la tentation de contourner le consentement est toujours là .Soit on veut épargner le malade ou le séduire. Le consentement est soit contourné par la médecine qui allègue qu'il y a un bénéfice pour le malade, même si celui-ci était plus théorique que réel.

### 3.5. Le secret médical

Principe ancien, le secret s'inscrit d'abord dans le cadre des règles générales de la vie en société, que l'on peut repérer en différentes régions. Un siècle avant Hippocrate, Confucius préconise à tous les honnêtes gens d'éviter le bavardage, d'être discrets. On retrouve les mêmes indications dans la littérature médicale indienne de l'époque.

Mais, c'est Hippocrate qui lui donne son importance, inscrite dans le *Serment*, sans doute fixé quelques siècles plus tard et qui a été transmis sous la forme suivante dans la traduction de Littré :

« *Quoi que je vois ou j'entends dans la société pendant l'exercice ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas.* »<sup>152</sup>

Le secret médical occupe une place privilégiée parmi les secrets professionnels. Il s'impose dans l'intérêt du patient et permet au couple soignant-soigné d'établir une relation de confiance basée sur la discrétion du travailleur. Le

---

<sup>152</sup> B. HOERNI et BENEZECH M., *Le Secret médical confidentialité et discrétion en médecine*, Masson, Paris, 1996, p.5.

médecin, dans son exercice porte atteinte à la sphère de la vie privée la plus intime à laquelle accèdent rarement les autres professionnels. Il intervient alors que le patient fragilisé par sa maladie, se trouve particulièrement vulnérable.

De plus, le malade pendant l'examen médical dévoile son intimité physique. Il a donc droit au respect de sa vie privée et au secret des informations le concernant. Le secret médical reste un des piliers de l'exercice de la médecine contemporaine. Le médecin ne doit rien révéler de ce qu'il a connu ou appris de son patient. En effet,

*« il n'y a pas de soins sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret<sup>153</sup> ».*

Le mot secret, provient du latin *secretum*, signifiant « séparé, mis à part ». Etymologiquement donc, le secret est quelque chose qui est distingué pour être mis de côté par rapport à d'autres choses. Plusieurs sens lui sont appliqués. Celui qui nous intéresse correspond à sa définition première, c'est-à-dire

*«les connaissances ou les informations qui doivent être réservées à certaines personnes et que l'on ne doit pas divulguer»<sup>154</sup>.*

Le secret professionnel, notion strictement pénale, est le devoir de taire les informations et faits confidentiels connus à l'occasion de l'exercice d'une profession, d'une fonction ou d'une mission. Il protège la vie privée des personnes amenées à être aidées d'un point de vue médical, juridique ou social, afin de garantir l'intégrité et le respect de celles-ci<sup>155</sup>.

---

<sup>153</sup> Bernard HOERNI, *Ethique et déontologie médicale*, Paris, 2<sup>ème</sup> édition Masson, 2000.

<sup>154</sup> Ibidem.

<sup>155</sup> cfr Le respect de la vie privée est garanti à toute personne.

Le professionnel doit donc taire tout ce qu'il voit, entend, comprend, surprend ou devine de par sa fonction. Il s'agit d'une obligation morale et juridique. Le secret n'est pas opposable au patient. Au contraire, le médecin lui doit toute l'information nécessaire sur son état. Et parlant du secret médical, il nous faut souligner que c'est par le serment d'Hippocrate<sup>156</sup> qu'une première définition du secret médical est donnée.

L'obligation du secret médical a un caractère général et absolu, ce qui interdit toute révélation à un tiers, même s'il s'agit d'un professionnel, lui aussi assujéti au secret. Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles sont nécessaires pour permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir ses droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. Même après la mort, le secret médical doit être respecté. Il est absolu sauf pour de rares occasions comme venir en aide à un mineur ou à une personne n'étant pas en possession de tous ses moyens.

Le secret médical s'étend à tous les faits connus dans le cadre professionnel. Il ne couvre pas seulement ce qui est explicitement confié par le malade par ses propos, ou en livrant son corps à l'examen du praticien ou à des examens complémentaires (biologie, imagerie, endoscopie,...). Le secret médical concerne aussi tout ce que le médecin aperçoit, observe, devine autour du malade, en s'introduisant à son domicile pour venir soigner. Cela concerne l'environnement matériel (bijoux, meubles, arme déposée près d'un toxicomane ou d'un blessé, pièce à conviction ou tout autre objet de quelque signification) et l'environnement humain (conjoint possessif ou violent, autre malade, présence

---

<sup>156</sup> Cfr Texte du Serment d'Hippocrate.

irrégulière, etc.)<sup>157</sup>.

Mais alors qui est tenu au secret médical et vis-à-vis de qui ? Nombreux sont ceux qui y sont astreints. Les médecins le sont au premier chef. Il ne s'agit cependant pas uniquement du médecin ayant vu un malade parce qu'il le suit habituellement, ou l'a consulté en une occasion unique. Sont également concernés des médecins confrontés à un échantillonnage de sang ou à un prélèvement biopsique dont sont retirées des indications concernant un patient. Sera aussi concerné un médecin consulté par un confrère à propos d'un patient dont a ainsi à connaître sans le voir.

Le principe du secret s'étend également à tout étudiant en formation à l'hôpital ou au cours d'un stage chez un praticien. Toutes les autres professions médicales (chirurgiens-dentistes et sages-femmes, de même que les professions paramédicales : infirmiers et infirmières, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues, orthophonistes, audioprothésistes,... ainsi que les assistantes et travailleurs sociaux et socio-éducatifs. Comme les médecins, le secret s'étend aux élèves des professions médicales et paramédicales.

Le personnel administratif d'un hôpital est concerné par le secret médical pour l'identité d'une personne hospitalisée qui ne doit pas être automatiquement indiquée à n'importe qui. Il en va de même des secrétaires médicales par lesquelles passent dossiers, certificats et ordonnances.

Enfin les pharmaciens qui accèdent indirectement à des informations médicales par l'intermédiaire des médicaments qu'ils délivrent et dont certains ont une signification claire.<sup>158</sup>

---

<sup>157</sup>B. HOERNI et M. BENEZECH, *Le Secret médical confidentialité et discrétion en médecine*, Masson, Paris, 1996, p. 21.

<sup>158</sup> *Idem*, p.23.

En conclusion, ce chapitre a prêté une attention toute particulière aux principes de base de l'acte médical et ce de façon universelle. Il faut déjà souligner que ces principes représentent les devoirs et responsabilités des médecins et sont en effet, la substance même de l'éthique médicale.

## **CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE**

De tout ce qui précède, il est aisé de constater que la profession médicale, est une des professions très sensibles qui ne va pas de soi compte tenu justement, de la délicatesse de son objet d'étude ; le vivant et qui plus est, un vivant particulier : l'homme. Un être particulier, doté d'une dignité à préserver coûte que coûte dans tout acte médicale sur la personne humaine tout court. Tel est le bien fondé de tout l'arsenal philosophique, éthique, déontologique et bioéthique qui doit servir de repère à la pratique médicale.

Comment ces fondamentaux sont-ils mis en pratique quotidiennement dans les différents centres sanitaires du Bénin ? Tel sera l'essentiel de la 2<sup>ème</sup> partie du travail.

**2<sup>EME</sup> PARTIE :****EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS AU BENIN :  
LES FONDAMENTAUX DE L'ETHIQUE MEDICALE ET DU CARE**

Pour évaluer la qualité des soins au Bénin, il est indispensable d'examiner les fondamentaux de l'éthique médicale et du care. C'est ici le lieu de montrer l'importance des méthodes et des techniques de recherches utilisées.

Notre souci dans cette étude est d'interroger l'éthique au sujet de la qualité des soins au Bénin. Cette analyse nous aidera asseoir l'éthique actuelle ou à proposer une nouvelle éthique déontologique des soins. Pour cela, il nous faut passer des données pratiques vers une réflexion appliquée aux soins de santé. Une démonstration visant l'affirmation ou l'infirmité de la qualité des soins au Bénin est indispensable à ce niveau afin d'aboutir à une réflexion philosophique conduisant à une déontologie médicale.

Ainsi, cette partie se veut être empirique et positiviste. Nous voulons qu'elle soit bien conduite, car elle nous permet de passer du pré-philosophique au philosophique. Deux moments y sont particulièrement importants correspondant aux deux chapitres de cette partie le quatrième et le cinquième : (1) une enquête de terrain avec ses corollaires et (2) une interprétation des données récoltées.

## **CHAPITRE QUATRIEME : APPROCHE METHODOLOGIQUE**

Ce chapitre est particulièrement important dans cette étude. C'est notre approche méthodologique qui présente le site de notre étude, le type d'étude ainsi que les techniques de collecte des données.

### **4.1. Milieu d'étude**

Nous présentons ici notre site d'étude en justifiant le choix de ce site avant d'aborder nos techniques de collecte, d'analyse et d'interprétation des données.

#### **4.1.1. Le choix du site d'étude**

Nous avons choisi de réaliser notre enquête au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA de Cotonou (CNHU-HKM). C'est un centre national de référence qui reçoit un grand nombre de malades aussi bien nationaux qu'étrangers à tout moment.

Deux raisons majeures sous-tendent notre choix :

- 1) il constitue le système de santé public le plus ancien et le plus important du Bénin ;
- 2) il dispose de la majorité des spécialités et représente le dernier recours de toutes les autres formations sanitaires publiques et privés.

Le CNHU apparaît donc comme une fenêtre ouverte sur la diversité des modes de gouvernance qui régissent la pratique médicale au Bénin.

#### **4.1.2. Présentation du milieu d'étude**

Nous ne saurions présenter, le cadre de notre étude sans le situer dans le contexte général de l'organisation sanitaire béninois. Il est donc important de donner un bref aperçu de la situation sanitaire du Bénin. La situation sanitaire du Bénin, telle qu'elle est présentée à ce niveau ne consiste pas à décrire de façon exhaustive la politique de l'Etat dans le domaine de la santé, encore moins à faire un état des lieux des données épidémiologiques, disponibles actuellement au niveau national. Il s'agit de présenter la pyramide sanitaire du Bénin, les différents niveaux et la qualité des soins attendus et donc de fournir à chaque niveau, afin de montrer la gravité des faits recensés à un niveau si important du cadre de notre étude qu'est le CNHU de Cotonou, Hôpital national de référence.

En effet, l'architecture générale du système de santé au Bénin s'articule autour d'un découpage administratif à trois niveaux :

**Le niveau central ou national** : qui a la responsabilité de définir la politique nationale de santé du pays. Sa responsabilité s'étend dans les domaines de la planification, de la coordination et de la mise en œuvre des activités sanitaires.

**Le niveau intermédiaire ou départemental** : il coordonne les activités sanitaires définies au plan national.

**Le niveau périphérique** : Il s'agit de l'unité sanitaire la plus décentralisée. Les zones sanitaires s'articulent autour d'un hôpital de référence, en l'occurrence un hôpital national et de réseaux de services sanitaires publics ou privés, couvrant une zone géographique définie. Elles assurent la participation communautaire, la viabilité des services et la coordination entre les formations sanitaires publiques et privées.

**Tableau 1 : Organisation nationale du système de santé**

Niveau	Structures	Institutions Hospitalières et socio- sanitaires	Spécialités
<b>CENTRAL OU NATIONAL</b>	Ministère de la Santé Publique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU)</li> <li>• Centre National de Physiologie</li> <li>• Centre National de Psychiatrie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecine interne,</li> <li>• Pédiatrie,</li> <li>• Chirurgie,</li> <li>• Gynéco-obstétrique,</li> <li>• Radiologie,</li> <li>• Laboratoire,</li> <li>• O.R.L,</li> <li>• Ophtalmologie.</li> <li>• Autres spécialités</li> </ul>
<b>INTERMEDIAIRE OU DEPARTEMENTAL</b>	Direction Départementale de la Santé Publique (DDSP)	Centre Hospitalier Départemental (CHD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecine,</li> <li>• Pédiatrie,</li> <li>• Chirurgie,</li> <li>• Gynéco-obstétrique,</li> <li>• Radiologie,</li> <li>• Laboratoire,</li> <li>• O.R.L,</li> <li>• Ophtalmologie.</li> <li>• Autres spécialités</li> </ul>
<b>PERIPHERIQUE</b>	Zone sanitaire (Bureau de Zone)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hôpital de Zone</li> <li>• Centre de santé de commune (CSC)</li> <li>• Formations sanitaires privées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecine générale,</li> <li>• Chirurgie d'urgence,</li> <li>• Gynéco-obstétrique,</li> <li>• Radiologie,</li> <li>• Laboratoire,</li> <li>• Pharmacie</li> </ul>
		Centre d'Action de la Solidarité et d'Evolution de la Santé (CASES)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alphabétisation</li> <li>• Loisirs</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre de santé d'Arrondissement (CSA)</li> <li>• Maternité</li> <li>• dispensaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispensaires</li> <li>• Maternité</li> <li>• Pharmacie ou</li> <li>• Dépôt pharmaceutique</li> </ul>
		Unité villageoise de santé (UVS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins,</li> <li>• Accouchements,</li> <li>• Caisse de pharmacie</li> </ul>

**Source : MSP/DPP/SSDRO – SNIGS**

La pyramide sanitaire et la couverture en infrastructures sanitaires au Bénin se présente ainsi :

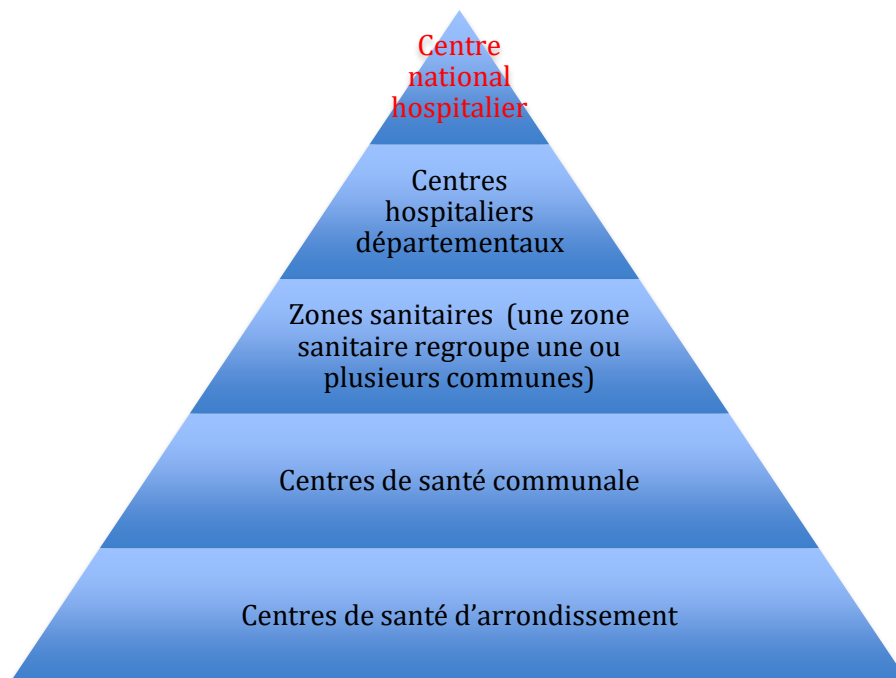
Les trois grands ensembles indiqués ici sont subdivisés en cinq zones. Il s'agit du (des) :

1. •Centre national hospitalier,
2. •Centres hospitaliers départementaux,

3. •Zones sanitaires (une zone sanitaire regroupe une ou plusieurs communes),
4. •Centres de santé communale,
5. •Centres de santé d'arrondissement.

Elles constituent la pyramide sanitaire du Bénin et se présente ainsi :

### Diagramme 1 : Pyramide sanitaire du Bénin



Source : Diagramme réalisé à partir des données recueillies

#### 4.1.3. Le centre national hospitalier universitaire Hubert Koutoukou MAGA de Cotonou (CNHU-HKM)

Cette étude s'est déroulée au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA de Cotonou (CNHU-HKM), premier centre hospitalier du Bénin. Situé au sommet de la pyramide sanitaire, centre de référence et de

renommée internationale, le CNHU est l'unique Centre Hospitalier et Universitaire aux multiples missions.

Les missions du CNHU sont diverses et s'inscrivent dans l'atteinte des objectifs du département en charge ou du plan de la politique de développement sanitaire. C'est le DECRET n°2012-300 du 28 août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement des Centres Hospitaliers Universitaires du Benin qui nous informe sur la mission de ces derniers.

L'Article 2 de ce décret stipule que :

*«Les Centres Hospitaliers Universitaires sont des établissements publics de référence, de prestations de soins préventifs, curatifs, promotionnels et réadaptatifs. Les Centres Hospitaliers Universitaires font partie de l'Espace Hospitalo-Universitaire. A ce titre, ils constituent des cadres de formation des personnels de santé et des cadres de recherche en matière de santé ».*

Ainsi, les activités du CNHU de Cotonou lui confèrent les missions suivantes : Soins, Enseignement, Prévention et Recherche afin de lui permettre d'atteindre son objectif principal qui est de soigner les malades. De façon plus explicite, elles s'énoncent comme suit :

#### **4.1.3.1. Assurer en permanence l'accueil et les soins**

Le CNHU est doté d'une infrastructure lui permettant :

(1) l'accueil et le traitement des Urgences par l'intermédiaire :

- du Service Médical d'Accueil des Urgences ;

- du Service Polyvalent d'Anesthésie - Réanimation ;
- des Services de Médecines Interne (A&B) ;
- du Service de Pédiatrie
- de la Clinique Universitaire de Gynécologie - Obstétrique ;

(2) l'accueil des consultants dans les services de consultations externes ;

(3) l'hospitalisation des malades et parturientes dans les différents services ;

#### **4.1.3.2. Assurer une Mission de Formation**

(1) La formation clinique des Etudiants et des Médecins Spécialistes en médecine, chirurgie, gynécologie, pédiatrie est assurée par l'ensemble des services.

(2) La formation du personnel para- médical est assurée par l'Institut National Médico-social.

#### **4.1.3.3. Assurer la Recherche**

Assurer la recherche en liaison avec la Faculté des Sciences et de la Santé (FSS).

Du point de vue de l'organisation des services, le CNHU – HKM de Cotonou dispose de 635 lits<sup>159</sup>. Il dispose des services médicaux et spécialités médicales, des services chirurgicaux et spécialités chirurgicales, des spécialités Mères-Enfants et des services médico-techniques.

(1) Les services médicaux et spécialités médicales sont :

- Médecine interne ;

---

<sup>159</sup> Données arrêtées au 31 Décembre 2014.

- Rhumatologie ;
- Néphrologie ; de l'Hémodialyse ;
- Neurologie ;
- Hépto-Gastro-Entérologie ;
- Endocrinologie et Maladies Métaboliques ;
- Service polyvalent d'Anesthésie Réanimation ;
- Service Médical Accueil des Urgences ;
- Psychiatrie ;
- Cardiologie ;
- Maladies du sang ;
- Dermatologie-Vénérologie MST/SIDA, de la Médecine Externe ;
- Médical du Personnel

(2) Les services chirurgicaux et spécialités chirurgicales. Il s'agit de, du, de la :

- Bloc Opératoire Central ;
- Consultation de Chirurgie et Pansements ;
- Ophtalmologie ;
- Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale ;
- Odonto-Stomatologie ;
- Chirurgie Urologique ;
- Chirurgie Viscérale A ;
- Chirurgie Viscérale B ;
- Chirurgie Pédiatrique ;
- Clinique Universitaire de Traumatologie, d'Orthopédie et de Chirurgie Réparatrice ;
- Centre d'Appareillage et d'Orthopédie.

(3) Pour les spécialités mères et enfants, il s'agit du service de :

- Pédiatrie et Génétique Médicale ;
- Clinique Universitaire de la Gynécologie Obstétrique

(4) Pour les services médicaux et techniques, il s'agit du service de :

- l'imagerie Médicale ;
- la Biochimie ;
- l'Hématologie ;
- la Microbiologie ;
- l'Immunologie-Hématologie ;
- Hospitalo-Universitaire de Pharmacie ;
- la Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle ;
- Hygiène Hospitalière.

## **4.2. Approche méthodologique**

Pour mener cette étude, une approche empirique est nécessaire. Nous définissons notre méthodologie en passant par le type d'étude, les méthodes et les techniques utilisées ainsi que l'échantillonnage. Nous indiquerons les difficultés rencontrées ainsi que les préalables de notre enquête sur le terrain.

### **4.2.1. Type d'étude**

Cette étude est une analyse philosophique d'un fait social. Aussi est-elle une étude par observation sans intervention. Elle est descriptive et utilise une approche qualitative. Notre échantillon est un échantillon de convenance. Notre critère d'inclusion est celui de recruter toute personne, selon les catégories déterminées ici, présente au lieu et à l'heure de l'enquête par questionnaire.

## **4.2.2. Méthodes et techniques de recherche utilisées**

### **4.2.2.1. Méthodes**

Dans le but d'obtenir les informations nécessaires pour cette étude, l'approche qualitative a été utilisée. Des interviews individuelles qualitatives ont été réalisées auprès des personnes cibles à l'aide d'un guide d'entretien. Les informations recherchées au cours de ces interviews individuelles concernaient les caractéristiques sociodémographiques, les caractéristiques techniques et les caractéristiques relationnelles de la qualité des soins telles que : l'accueil, la compétence du praticien, l'efficacité, la pertinence, la réactivité ou la sensibilité du soignant à la demande du patient (l'information).

Les guides d'entretien destinés aux patients et aux parents des patients ont été traduits en «fon», en «goun» et en «mina» qui sont les langues les plus parlées à Cotonou au Sud du Bénin.

Un pré-test de la méthodologie utilisée a été réalisé pour valider nos instruments de collecte des données. Il a duré 5 jours et s'est déroulé dans la Clinique «Coopérative d'Abomey-Calavi» dans la commune d'Abomey-Calavi. Ce sont les infirmiers, les infirmières et les patients ainsi que les médecins présentant les mêmes caractéristiques qui ont été concernés. Ils ont été tous des cibles de notre étude. Ceci a eu pour but de tester les outils, d'apprécier la compréhension des questions par les patients et les soignants et de reformuler certaines questions peu compréhensibles.

### **4.2.2.2. Techniques de collecte des données**

Vu la complexité et la sensibilité du sujet, et de peur d'être accusée de ne faire que d'affirmations gratuites et sans fondements, plusieurs techniques sont mises à contribution.

#### **4.2.2.2.1. Première technique : L'entretien et témoignages**

Il s'agit en réalité des conversations (interviews) avec quelques-uns des personnes cibles de notre enquête sur le terrain.

Le témoignage consiste à dire ce que l'on connaît de tel ou tel dossier. Témoigner, c'est confirmer ou infirmer une assertion dont on a fait l'expérience soi-même et que l'on raconte. C'est ce que l'on connaît d'une situation en vue d'éclairer celui ou celle qui en a besoin.

#### **4.2.2.2.2. Deuxième technique : Le questionnaire**

Cet outil choisi principalement pour soutenir et compléter les résultats obtenus des entretiens, nous permet d'évaluer la qualité des soins fournis dans le vécu réel du corps soignant en interaction avec les malades et saisir les conditions dans lesquelles travaillent quotidiennement les médecins, infirmiers et sages-femmes. Aussi, cet outil nous aide-il à apprécier, dans la pratique quotidienne de ces agents, les indicateurs de la qualité des soins en milieu hospitalier.

Car, rappelons-le une fois encore, notre objectif principal est d'évaluer la pratique médicale au Bénin au regard des critères de la qualité des soins telle que définie sur le plan universel afin de voir s'il existe un écart entre ce qui doit être et ce qui existe ou se fait dans la réalité concrète. Nous avons choisi cet outil pour y parvenir.

Comme nous l'avons notifié ci-dessus, vu la sensibilité de notre sujet, nous avons utilisé plusieurs techniques d'où également, le focus group.

#### **4.2.2.2.3. Troisième technique : Le focus group**

Les focus-groups étant une technique particulière d'animation de groupe, les participants à notre étude ont été invités à parler entre eux, lors d'un entretien

non-directif, mais structuré, centré sur un sujet précis défini au préalable par nous. La dynamique des groupes est utilisée ici pour susciter l'expression d'attitudes, de perceptions et d'opinions, en lien avec ce qui est analysé<sup>160</sup>.

Les participants ont été informés de l'homogénéité au début de la rencontre. L'influence du groupe et son homogénéité sont importantes, pour que chaque sujet se livre plus facilement à ses semblables. Un manque d'homogénéité sociale peut pousser certains participants à inhiber l'expression de leur avis, face à une personne qui leur apparaît d'un niveau différent (par exemple d'un niveau financier supérieur ou d'un milieu social plus favorisé). Notre but a été de renforcer l'homogénéité du groupe lors de la sélection des participants à la discussion et lors de leur présentation, afin de favoriser. Pour nous, les focus groups nous ont permis de mesurer la compréhension des messages de prévention, d'étudier certaines représentations de maladies et de planifier des mesures d'hygiène. Ils ont également été utilisés pour étudier le vécu de certaines maladies et le type de recours aux structures de soins.

L'entretien que nous avons eu par focus group nous a semblé être un outil particulièrement apte à recenser sur ce thème précis et auprès d'une population relativement homogène, les composantes principales du concept que nous avions à analyser.

Une atmosphère conviviale a été créée par nous. Elle a permis d'exprimer différents points de vue, sans créer une pression qui obligerait les participants à trouver un consensus. L'utilisation de questions ouvertes a permis aux

---

<sup>160</sup> Nos recherches sur cette technique nous ont rapporté que les premières applications des focus groups datent des années 30, où ils ont été utilisés pendant la seconde guerre mondiale auprès de soldats pour améliorer une certaine « morale militaire ». Et depuis lors, on les a utilisés dans le marketing pour mieux cibler les stratégies de promotion et de vente, puisqu'ils fournissent des résultats intéressants pour un coût modeste. De nombreux programmes de prévention, en Occident comme dans les pays en voie de développement, les ont utilisés pour mieux adapter les campagnes de prévention et de soins à des populations cibles.

participants de choisir leur manière de répondre, en encourageant l'interaction, de poser leurs propres questions aux autres participants et de poursuivre leurs priorités.

La dynamique a permis également le changement de position au cours de la discussion. La richesse de cette interaction a résidé dans le fait que nous avons encouragé les participants à se parler entre eux et nous, à parler très peu. Nous avons utilisé différentes formes de communications (plaisanteries, anecdotes, disputes...), qui ont permis à notre focus-group de sortir d'un discours très encapsulé et raisonné.

Cette technique a été enrichissante parce qu'elle nous a permis d'explorer les connaissances et les expériences des participants. Elle a été utilisée non seulement pour savoir ce que les gens pensent des soins hospitaliers au Bénin, mais également pour savoir de quelle manière et pourquoi ils pensent ainsi.

Cette technique nous a également aidé à reproduire l'influence exercée par l'environnement et les personnes qui nous entourent pour nous forger une opinion, qui ne peut être reproduite lors d'un entretien individuel. En reconstituant un micro-environnement social, notre focus group a permis l'expression des normes culturelles et sociales inhérentes au groupe.

Nous avons procédé ainsi dans notre focus-group. Ce groupe est homogène du point de vue compétence en cette matière. Il est composé de dix (10) personnes qui ne se connaissent pas entre elles auparavant. Ce nombre de participants se justifie par la nécessité de créer une atmosphère suffisamment intime pour donner la possibilité de partager des points de vue personnels et un nombre suffisamment grand pour présenter une certaine diversité d'opinions.

Encore faudrait-il reconnaître qu'au sein d'un même service, il a été difficile de réunir des participants totalement étrangers les uns aux autres. L'analyse a aussi été difficile, car ces personnes qui ont l'occasion d'interagir fréquemment, ont de temps en temps tendance à faire référence à leurs expériences communes, sans qu'il soit possible d'en identifier les facteurs d'influence. Heureusement que les participants ne connaissaient pas l'animateur, qui d'ailleurs devrait être neutre vis-à-vis de l'organisation.

La sélection des participants nous a été déterminée par des caractéristiques communes (origine, âge, genre, revenu, emploi, état de santé, etc.), directement liées au sujet de l'étude. Les critères de sélection ont été plus ou moins larges. Une homogénéité suffisante a été nécessaire, mais avec un degré suffisant de variation pour permettre un contraste d'opinion.

A l'inverse, nous avons constaté que le groupe semblait fonctionner comme un cadre, évitant des prises de position extrêmes. Paradoxalement, nous avons remarqué ici une sorte de sentiment de plus grand anonymat que lors d'un entretien individuel.

Nous avons constaté aussi que cette technique avait des limites provenant de l'effet de groupe, empêchant l'expression d'avis minoritaires et poussant certains participants à se montrer tels qu'ils désirent être vus plutôt que tels qu'ils sont vraiment.

Pour clore ce chapitre, nous sommes heureuse de constater que bien poser les postulats d'un travail et surtout une bonne présentation de la démarche et de techniques d'une étude font partie des critères de la scientificité d'une étude d'une telle envergure qu'est la nôtre. C'est à cet exercice que nous nous sommes attelée dans ce chapitre.

## **CHAPITRE CINQUIEME : PRESENTATION DES RESULTATS**

Ce chapitre présente la collecte et les résultats de nos données empiriques. Les données récoltées sont analysées, commentées, interprétées et discutées.

### **5.1. Résultats de l'entretien**

Nos entretiens se sont déroulés avec des malades et des garde-malades du CNHU-HKM. L'objectif de ces entretiens est :

1. d'inciter les soignants à une réflexion critique en vue de l'amélioration de leurs pratiques professionnelles,
2. d'améliorer également leurs relations avec les patients.

Il s'agissait d'identifier les discours relatifs aux différentes pratiques en matière de suivi des patients, de l'accueil, de l'acte médical, du respect des critères de la qualité des soins, du respect de la déontologie et de l'éthique médicales.

Nous avons choisi cet outil pour recueillir les témoignages d'expériences de différents cas, choisis d'une manière aléatoire, uniquement selon la gravité de leur cas. Notre enquête d'ordre qualitatif nous a permis donc de discuter librement avec les malades de certains services, afin d'élaborer une réflexion soutenue en rapport avec les éventuelles difficultés au niveau des caractéristiques techniques et relationnelles. Les connaissances médicales et capacités de jugement des soignants ont été passées en revue de même que les capacités relationnelles du médecin ou des autres agents de santé.

Sur plusieurs échantillons, quelques cas ont été minutieusement ciblés et analysés. La plupart de ces cas se plaignent du déficit en communication, de sous-estimation de l'intensité de leur souffrance par les soignants.

Par ces témoignages, nous avons pu faire émerger deux thématiques principales relatives à la nature de la relation médecin/malade. Il s'agit du manque de communication et du manque de collaboration.

**La première caractéristique** de la relation médecin/malade est une restriction de dialogue qui ne permet pas au malade de mieux expliquer l'objet de sa consultation. L'usage d'un jargon médical difficile à déchiffrer par ces patients ainsi que l'absence de la préparation psychologique de ces malades avant toutes approches diagnostique ou thérapeutique.

Il est à noter aussi, la répercussion du facteur relationnel sur l'état de santé du malade : en effet, tous ces facteurs réunis représentent les circonstances aggravantes sur la santé de ces malades. Nous avons également eu des témoignages mettant en doute la compétence de certains praticiens.

Par exemple, une fille, garde-malade, nous a témoigné de ce qui suit :

*«C'est mon père qui est hospitalisé. Ce matin comme il est de coutume, il a été examiné : prise de température, prise de tension, etc. C'était un jeune en blanc. C'est un étudiant en médecine, je crois. Il marque sur la fiche du malade « tension 18/10. Surprise de cette mention, j'interpelle l'étudiant. Mais celui-ci hautain, me refoule en me lançant : "si je dois répondre à tous les garde-malades ici, quand est-ce que je finirai mon travail?". Je retiens mon souffle. Quelques minutes plus tard, le médecin de garde arrive. Sans voir le malade, il lui envoie une ordonnance médicale sur laquelle est inscrit le nom d'une molécule qui a pour fonction de faire baisser la tension artérielle. N'étant pas convaincue de*

*l'hypertension de mon père, je demande à voir le médecin qui a signé l'ordonnance. Celui-ci ne s'y est pas opposé, et suite à un échange, le médecin décide de prendre à nouveau la tension du malade, et cette fois-ci lui-même. Le médecin relève la tension et marque 12/7. Ceci se passe en présence de l'étudiant, très gonflé au départ, mais qui, face à cette situation, n'a même pas eu l'humilité de me présenter ses excuses. Nous voyons qu'avec cette décision suivie du geste adéquat, le médecin vient ainsi de sauver un malade qui était prédestiné, comme d'autres à une fatale erreur médicale ».*

L'insuffisance et la mauvaise qualité de la communication entre soignants et patients a été le point central et récurrent abordé par les patients au cours des différents entretiens effectués : soit il y a un déficit de communication, soit les discours dénotent plutôt d'une incompréhension entre prestataires et usagers.

Appuyons-nous sur ces illustrations des femmes ayant subi la césarienne. Par exemple, certaines femmes ont confié n'avoir pas été informées de l'imminence d'une opération dans la salle d'accouchement. Arlette est âgée de 25 ans, elle est mère d'un enfant. Elle a subi une césarienne. Elle dit avoir suivi six consultations prénatales. Elle portait des jumeaux dont un mort après la césarienne et qu'elle n'a pas pu voir. Elle confie qu'elle n'a pas été préalablement informée de l'opération qu'elle a subie :

*« c'est à la maternité qu'on m'a mise sur la table pour m'amener au bloc, c'est à ce moment que j'ai su qu'on allait m'opérer ».*

Parfois, l'information est tellement biaisée que les femmes ne comprennent pas le message. Parce que ces messages sont souvent peu explicites. Par exemple,

une femme à qui on a annoncé que la cause de son opération est que son enfant est gros. Mais sur son dossier il est écrit «bassin généralement rétréci » ou BGR. Cette femme nous confie qu'elle fera en sorte que son enfant soit moins gros au prochain accouchement et que pour cela elle évitera de manger des aliments pouvant favoriser un gros bébé.

Une autre femme à qui il a été recommandé à la suite de la césarienne d'éviter l'eau sur la plaie, a compris qu'elle ne devait pas se laver. C'est au cours d'une consultation effectuée plusieurs jours après son retour à domicile, que la sage-femme a pu lui expliquer le contenu de ce message, à savoir qu'elle ne devrait pas mouiller le pansement.

Les informations sur l'hygiène corporelle, les conduites alimentaires, la reprise de l'activité sexuelle, etc. sont des nouvelles sur lesquelles les accouchées devraient avoir des informations, mais elles en sont privées.

**La deuxième caractéristique** de la relation médecin- malade est le manque de collaboration.

Au sein de certains services tels la pédiatrie et la CUGO, les femmes de même que leurs parents se sont plaints d'un phénomène qu'on pourrait qualifier d'escroquerie pratiqué par certains agents indéclicats qui s'enrichissent sur la douleur et la souffrance des malades.

Voici un témoignage, celui de l'époux d'une dame venue accoucher :

*«Quand j'ai emmené mon épouse avec les douleurs de l'enfantement, la sage-femme m'a dit que son état est très critique et que l'eau qui est sur le bébé est de très mauvaise*

*qualité et si je veux que mon enfant naisse vivant je dois vite payer certains produits et que de remettre les sous et qu'elle-même s'en chargera pour éviter des pertes de temps, ce que j'ai évidemment remis. Quel homme lésinerait sur ses moyens lorsqu'il apprend que la vie de sa famille est en danger ? Aucune facture ne m'a été remise pour me notifier les produits utilisés et du coup ce manque de transparence cache quelque chose. Et d'ailleurs de par le passé, des plaintes du genre j'en avais déjà eu des amis directement victimes ou des parents .Mais je n'y avais pas vraiment cru, je pensais que c'étaient des attitudes déjà révolues. Mais hélas, me voici à présent entrain de la vivre, c'est comme un rêve pour moi. Mais j'en étais là quand d'autres parents se plaignaient de comment réunir les sous pour sauver leur filles en souffrance dans la salle d'accouchement et qui n'a pas encore été délivrée et pour cause les mêmes raisons qui m'ont été données, mes chers enquêteurs vous voyez que c'est vraiment une habitude. Une telle situation doit nous faire réfléchir, d'autant qu'elle témoigne également du problème de la crise des valeurs dans l'univers sanitaire et du manque de déontologie et d'éthique chez le soignant. C'est simplement un parjure, vous comprenez ! »*

En dehors de ces deux points de reproche aux animateurs du système sanitaire béninois, nous pouvons citer aussi d'autres points de reproche. Ce sont les indicateurs suivants qui nous servent à mesurer les performances de cette formation médicale :

## 5.2. Indicateurs de performance

Chaque indicateur sera mesuré par rapport aux réponses obtenues lors de nos entretiens.

### 5.2.1. Accueil du patient

La qualité de l'accueil est capitale pour un patient qui arrive dans une institution hospitalière. Mais l'expérience a montré que l'accueil est parfois très défectueux dans certains services. Quelques témoignages :

#### 1<sup>er</sup> témoignage :

*«L'accueil est passable, c'est-à-dire, qu'ils reçoivent mais ils n'ont pas le même esprit d'écoute pour chaque cas. En réalité, l'esprit de l'accueil consiste à considérer chaque malade comme son frère ou sa sœur ou ses parents venus pour soulager les souffrances de leur maladie. » H, 45 ans.*

#### 2<sup>ème</sup> témoignage :

*«Je suis venu en consultation avec une plaie ancienne. Mon accueil a été froid parce que la plaie était surinfectée et apparemment répugnante. » H, 57 ans.*

**3<sup>ème</sup> témoignage :** *«Il arrive des cas où le mauvais accueil, ne se justifie pas. Ils n'ont pas de surcroît de travail, pas de patients, c'est tout simplement la paresse». F, 30 ans.*

#### 4<sup>ème</sup> cas :

*« Qu'appellez-vous accueil dans cet hôpital? Accueil ! Est-ce*

*que ces gens-là savent ce que c'est ? S'il vous plaît ne me rappelez plus ce que j'essaie d'enterrer en moi et d'enfouir dans mon inconscient. Ma seule prière c'est que mon père aille mieux et qu'on nous libère à temps » F, 40 ans.*

### **5.2.2. Respect et équité**

En ce qui concerne le respect et l'équité, la plupart des patients ont reconnu que depuis le temps où ils sont arrivés jusqu'au moment où ils ont eu les premiers soins, ils ont été différemment traités. La considération varie selon la catégorie à laquelle le patient appartient : ami, connaissance ou membre de la famille du médecin, collègue, haute personnalité, riche ou pauvre, indigent.

#### **1<sup>er</sup> témoignage :**

*« C'est une injustice. Tu viens avant des gens et on les autorise à passer avant toi. Surtout au niveau du laboratoire des analyses ». M, 33 ans.*

#### **2<sup>ème</sup> témoignage :**

*« Je suis restée dehors de 10h à 20 h. C'est quand ma famille est venue payer l'argent qu'on m'a donné le lit. Personne n'a eu pitié de moi ». F, 30 ans.*

#### **3<sup>ème</sup> témoignage :**

*« Nous étions tous là sur le banc d'attente, chacun selon son ordre d'arrivée quand un monsieur, une personnalité bien connue est arrivée. Non seulement il n'a même pas voulu s'asseoir, mais le comble, c'est qu'elle a été admise avant nous tous, et cela sur l'ordre du médecin. Franchement, ce*

*genre de comportement frustré. C'est comme si certains sont plus « homme » que d'autres». F, 35 ans.*

### **5.2.3. La sensibilité et la compassion**

Il est reproché à certains soignants leur insensibilité aux souffrances de leurs patients. Quelques-uns des malades trouvent que les soignants n'ont pas le souci des patients.

#### **1<sup>er</sup> témoignage :**

*« Il n'y a rien d'humain dans leurs actes. La façon dont il faisait le pansement de ma plaie n'était pas humaine. Ils appliquent seulement la technique mais ils ne sont pas sensibles à la douleur des autres. Je n'oublierai jamais cela ».* M, 57 ans.

#### **2<sup>ème</sup> témoignage :**

*« Il n'y a pas un médecin précis, ils sont nombreux, ils ont toujours à faire». F, 38 ans.*

D'autres encore ont estimé qu'il n'y a un regain d'accueil que si les médicaments sont présentés avec les résultats de laboratoire.

#### **3<sup>ème</sup> témoignage :**

*« Les relations sont passables parce que pour être en bon terme avec le personnel soignant, il faut d'abord acheter tous les médicaments demandés pour leur faciliter la prise en charge ensuite honorer leurs factures » F, 38 ans.*

#### 4<sup>ème</sup> témoignage :

*«J'ai trouvé des relations correctes ici mais si tu as n'a pas acheté les médicaments prescrits ou que tu n'as pas fait les examens demandés le personnel soignant se fâche .Mais qui peut volontairement refuser dépenser pour recouvrer sa santé, s'il n'y a pas un facteur extérieur à sa volonté en jeu ? En tout cas moi, je n'en connais pas ! Mais Dieu est grand ! Propos suivis de larmes. ». M, 52 ans.*

Après une audition des éléments de réponses des entretiens, qu'en est-il à présent du dépouillement des questionnaires.

### 5.3. Résultats des questionnaires

Des enquêtes qualitatives ont été menées pour recueillir l'opinion des patients, de leurs parents sur la qualité des soins ; de même les soignants ont donné leurs avis. Le dépouillement de ces différents avis nous permet d'avoir les appréciations diverses sur la qualité des relations soignant-soigné.

#### 5.3.1. Population et Echantillonnage

La population d'étude est constituée de deux grandes catégories ci-après :

1ère catégorie : celle **des patients** hospitalisés ou non et **de leurs parents** dans les différents services suivants du CNHU-HKM :

- Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale,
- Odonto-Stomatologie, de la Chirurgie Urologique ;
- Chirurgie Viscérale A,
- Chirurgie Viscérale B,

- Chirurgie Pédiatrique de la Clinique Universitaire,
- Gynécologie Obstétrique (CUGO),
- Service Médical Accueil des Urgences ;
- Cardiologie,
- Service des Maladies du sang ;

2<sup>ème</sup> catégorie : la catégorie **des médecins et paramédicaux** (infirmiers (ères), sages-femmes, anesthésistes du CNHU en service pendant l'enquête.

Nous nous inspirons dans cette réflexion des témoignages de Béninois et des Etrangers ayant été hospitalisés ou ayant été en consultation. Des questionnaires ont été distribués aux médecins et aux paramédicaux. Ces questionnaires sont directement administrés aux patients et à leurs parents afin de cerner leur perception de la qualité des soins à travers les variables suivantes :

- l'accueil,
- la compétence du praticien,
- l'efficacité,
- la pertinence,
- la sécurité,
- l'équité et l'égalité,
- l'information,
- le consentement,
- le respect du secret médical,
- la sensibilité du soignant à la demande du patient,
- la relation soignant-soigné ou médecin-malade (mieux la réalité psychologique d'une personne malade en interaction avec les soignants et mettre en exergue l'impact de cette relation sur son état de santé),
- respect de la dignité,
- etc.

L'esprit du questionnaire est de nous permettre de recueillir les perceptions de ces différentes catégories d'enquêtés.

Notre échantillon est un échantillon de convenance qui se prête bien à ce genre d'étude. Nous nous sommes convenu de travailler sur l'échantillon du jour. Le jour de l'enquête, les patients ont été questionnés ; les hospitalisés dans différents services du CNHU. Les externes sont également interrogés de même que les parents des patients rencontrés dans les locaux. Tous ont été questionnés pour l'enquête sans sélection particulière.

Quant aux professionnels de la santé, la technique d'échantillonnage n'est pas particulière. Rencontrer les médecins n'était pas facile à cause de la consultation ; car les interviews individuelles ont été menées pendant les heures de service au CNHU.

### 5.3.2. Liste des variables

Dans cette étude, notre échantillon est basé sur plusieurs variables. Ces variables se présentent comme suit :

**Tableau 2 : Liste des variables**

VARIABLES	DEFINITION OPERATIONNELLE
Sexe	Le fait d'être homme ou femme
Age	Le nombre d'années de naissance du répondant
Religion	La doctrine religieuse ou la foi du répondant
Niveau d'instruction	Le niveau d'études du répondant
Profession	L'occupation du répondant
Etat-civil	L'état matrimonial du répondant
Accueil	L'accueil c'est la manière de recevoir quelqu'un qui se présente devant vous et d'établir une bonne interaction avec lui tout au long de l'entretien et de la prise en charge.
Compétence du praticien	La capacité du jugement du soignant c'est-à-dire du médecin, de l'infirmier ou infirmière, sage-femme, anesthésiste ou du technicien de laboratoire, jugement devant permettre d'obtenir une adéquation des soins au cas identifié. Le fait de s'engager concrètement et physiquement dans les soins.

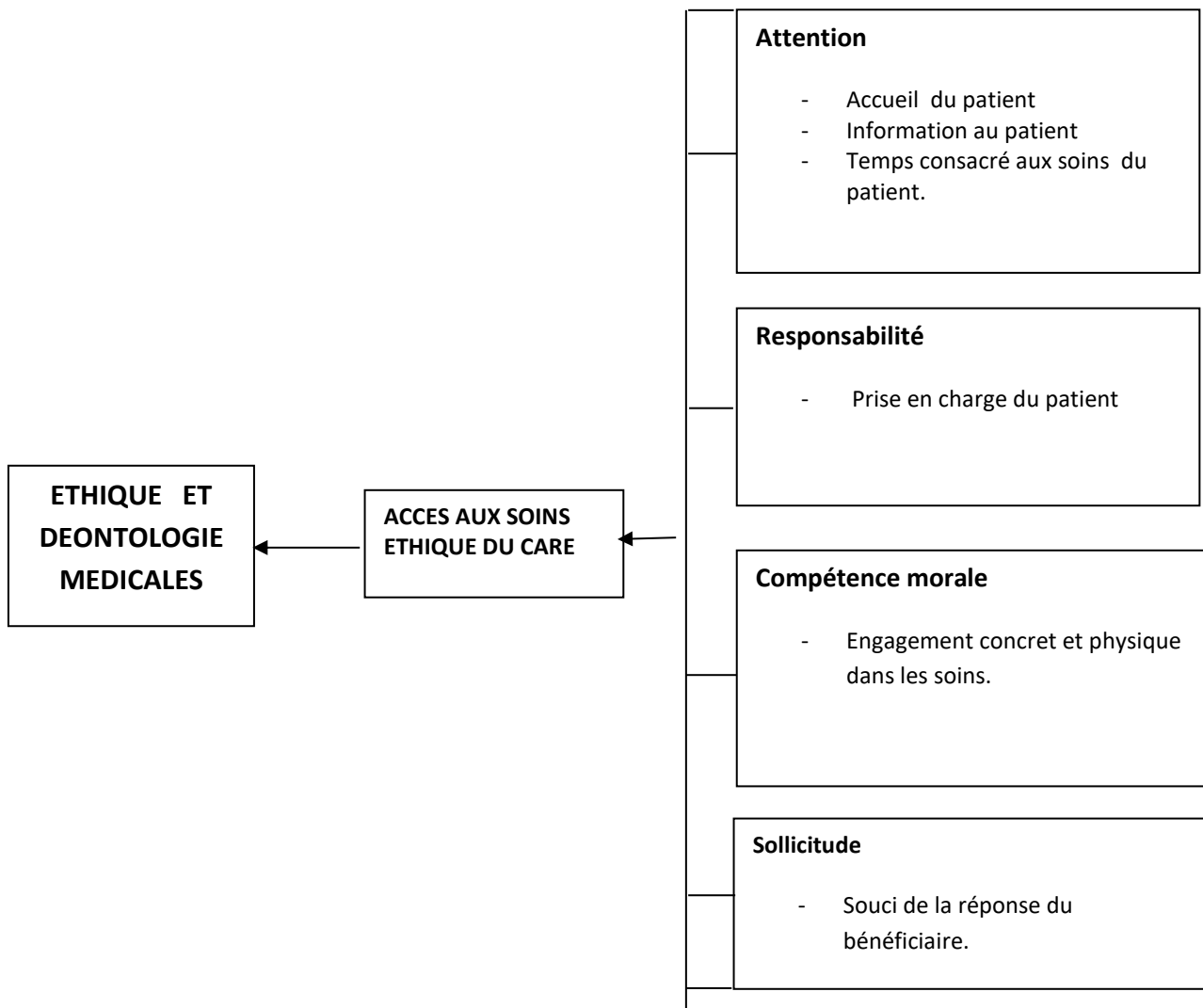
L'efficacité	L'efficacité est l'aptitude à atteindre ou à réaliser toute amélioration possible en termes de résultats sanitaires.
La pertinence	La pertinence (appropriateness) est une notion proche couramment intégrée à l'efficacité et signifie que les soins fournis correspondent aux besoins cliniques et sont basés sur de solides recommandations médicales.
Le souci de l'autre	Le souci de l'autre est la capacité d'empêcher ou d'éviter les résultats indésirables ou les dommages qui proviennent des processus de soins eux-mêmes. C'est une dimension qui est étroitement liée à l'efficacité, bien qu'elle s'en distingue en mettant l'accent sur la prévention des événements indésirables et sur la réduction des défauts de qualité des soins pour les patients.
La sécurité	Elle renvoie à des notions telles que le respect des patients, la dignité, la confidentialité, la participation aux choix, le soutien social. Elle se rapporte à la façon dont le corps hospitalier prend en charge les patients pour répondre à leurs attentes légitimes non liées à la santé.  Autrement dit, il s'agit de mettre le patient au centre des soins en intégrant différents éléments comme l'écoute, l'empathie, la confidentialité, mais aussi l'information dont le patient dispose sur sa maladie et la possibilité d'un choix éclairé de sa part. Ainsi, on met l'accent sur l'expérience du patient concernant les aspects spécifiques des soins, ceci au-delà de sa satisfaction individuelle.
L'équité	C'est une dimension étroitement liée à l'accès et à la capacité d'un système de santé à traiter de manière juste toutes les personnes concernées, indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leur race, de leur lien ou familiarité avec le praticien et de leurs ressources financières. Dans ce contexte, il s'agit de la distribution des soins entre différents groupes de populations quelles que soient leurs situations géographique, économique et sociale.

**Source** : réalisé par nous

### 5.3.3. Modèle conceptuel

Toutes variables peuvent se résumer par le modèle conceptuel suivant, ayant pour variable dépendante (notre problème) l'éthique et la déontologie médicale et deux groupes hiérarchisés de variables indépendantes :

## Diagramme 2 : Modèle conceptuel



### 5.4. Collecte des données

La collecte proprement dite des données s'est déroulée entre le 5 novembre et le 30 décembre 2015.

Comme nous l'avions mentionné ci-dessus, avant la collecte des données, les autorisations suivantes ont été obtenues : l'ordre de mission du directeur de l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire de la FLASH de l'Université d'Abomey-Calavi du Bénin, l'autorisation du Directeur du CNHU-UKM, celle des chefs

Services, des services enquêtés ainsi que celle des Surveillants (es) des services concernés.

#### **5.4.1. Considérations éthiques**

Les informations collectées sont restées strictement confidentielles. Un consentement libre et éclairé de chaque répondant a été obtenu avant l'entretien. Le respect des personnes interviewées pendant l'étude a été garanti et la confidentialité des réponses a été stricte. Pour cette raison, les données ont été collectées de façon anonyme.

Les personnes interrogées étaient informées du but ainsi que des objectifs de l'étude avant les interviews. Leur participation était entièrement volontaire. Les quatre principes de la bioéthique évoqués au début de ce travail à savoir : le principe de l'autonomie, le principe de la bienfaisance, le principe de la non-malfaisance et celui de la justice ont été respectés.

#### **5.4.2. Autorisations et difficultés rencontrées**

Pour mener nos enquêtes sur le terrain, nous avons d'abord adressé une demande d'autorisation de Recherche à l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire de la FLASH qui nous a été donnée quelques jours après le dépôt. Ce n'est qu'après cela, que nous avons formulé une autre à l'endroit du Directeur du CNHU.

L'autorisation d'accès au CNHU-HKM nous a été donc délivrée après 2 mois d'attente, alors que la tâche de distribuer et de récupérer les questionnaires a durée plus de cinq mois.

Au Bénin, il n'existe aucune loi ou convention facilitant le travail empirique des étudiants chercheurs. Les directeurs des Centres hospitaliers ou des Formations sanitaires sont les seuls responsables habilités à octroyer ou à refuser l'autorisation d'accès à ces centres et services concernés. Une fois à l'intérieur, il existe une autre hiérarchie aussi compliquée à respecter.

En réalité, au CNHU, nous avons plusieurs services correspondants aux diverses spécialités et la première autorité ou le premier responsable hiérarchique de chaque service est appelé le chef service qui est généralement un professeur et ensuite viennent les surveillants.

La difficulté est que malgré l'autorisation signée du Directeur Général du CNHU-HKM, certains chefs de services opposent un refus catégorique à nous-même et aux équipes de notre enquête ou à nos enquêteurs. Ou bien ils finissent par accepter avec des conditions qui rebutent, par exemple exiger ma présence ; alors que nous cumulons nos recherches avec nos engagements ou obligations professionnelles.

La situation qui m'a le plus choquée, c'est la déclaration du chef service de la Pédiatrie qui dit :

*« Que vient chercher la philosophie ici ? Je n'ai rien à y faire-moi ! Si c'était un sujet scientifique, question technique, là il n'y a pas de problème. Mais vos histoires de philosophie là ! ».*

Cette réaction, avouons-le, nous a a-priori vraiment choqué. Cet éminent professeur de Pédiatrie, résume apparemment tout à sa seule compréhension.

Mais, cette situation n'a pas émoussé notre désir de poursuivre la recherche d'autant plus qu'une telle prise de position illustre un aspect de notre problématique, celui de l'absence ou la non considération de l'éthique dans l'exercice médical. S'il pouvait comprendre que l'homme sur qui il travaille est l'objet de la philosophie et que la science et la philosophie se complètent ou mieux que la philosophie est appelée à réfléchir sur la science !

D'une façon générale, il demeure que beaucoup de soignants évoquent la charge de travail pour refuser les questionnaires. Les patients et leurs parents étaient disposés à nous recevoir et à nous écouter, car visiblement, ils semblaient impatients et pressés de nous dire ou de partager avec nous leurs expériences vécues dans le service.

### **5.5. Résultats du guide d'entretien des focus-groups**

En 2014 et en 2015, des groupes de discussions ont été organisés avec des patients hospitalisés ou simplement en consultation. Ces groupes de discussion ont permis de recueillir des données sur les perceptions relatives à la qualité des soins.

Les groupes de patients comprenaient environ une dizaine de patients pour permettre une meilleure profondeur dans les échanges. Les rencontres ont été à chaque fois organisées dans un lieu public au sein de l'hôpital. Au début de chaque rencontre, il s'agissait pour les animateurs des rencontres de procéder à un bref exposé de l'objectif de notre sujet et d'insister sur la nécessité de l'amélioration du volet « qualité » dont une dimension importante repose sur les relations entre usagers et prestataires de soins.

De ce fait, les animateurs expliquaient l'importance de la rencontre par le besoin de connaître les avis des utilisateurs des services de santé pour permettre ainsi à terme d'initier le dialogue avec les soignants sur certains points.

Ces réunions avaient donc pour objectif principal de recueillir les suggestions des patients afin qu'ils soient mieux prises en charge pendant le séjour. Les thèmes abordés furent leurs perceptions sur la prise en charge ainsi que les problèmes qui y sont liés, les différents avis sur l'accueil, l'acte médical, la compétence des soignants, leur sensibilité. Toutes les rencontres ont été enregistrées et ensuite transcrites intégralement en français dans Word. L'analyse des données a été faite manuellement et selon des thématiques.

Nous allons présenter notre travail avec les focus groupes suivant plusieurs étapes.

Pour le déroulement de ces focus-groups, nous avons conduit deux focus-groups à deux moments différents de l'étude. Le premier au milieu de l'enquête par questionnaire et le second à la fin de celle-ci (après que nous ayons terminé d'interviewer avec le questionnaire).

Précisons que certains participants avaient déjà participé à l'interview avec le questionnaire. Les participants ont été invités à participer volontairement. La discussion a donc été d'emblée beaucoup plus ciblée, les participants évoquant spontanément ce qu'ils considéraient comme déficient dans le service où ils ont reçu les soins ou ont été hospitalisés de même que ce qui est bien fait.

### **5.5.1. Les items proposés**

Ces items groupes sont :

- la satisfaction globale,
- le motif de la première consultation,
- la qualité de l'accueil,
- l'accès aux soignants ou aux médecins,
- la prise en compte des demandes du patient par les soignants,
- la qualité de l'information donnée au patient par le médecin,
- la confidentialité du diagnostic et des soins,
- la participation du patient aux décisions médicales et
- les recommandations pour un nouveau membre du personnel.

Nous expliquons ici quelques-uns de ces items.

#### **5.5.1.1. La satisfaction globale**

Concernant la satisfaction globale, les résultats des focus-groups étaient concordants avec ceux du questionnaire, puisqu'elle était généralement qualifiée de passable à assez-bonne.

#### **5.5.1.2. Les évaluations**

Elles concernent les aspects spécifiques des soins et ont été en général plus critiques lors des focus-groups.

Les thèmes spontanément évoqués par les patients lors des deux focus-groups sont :

- l'accueil,

- l'information,
- la disponibilité du médecin,
- la confiance envers le personnel,
- la compétence perçue du médecin,
- les attitudes des patients face à la maladie,
- les attitudes face aux traitements,
- la socialisation et
- l'aménagement des lieux.

Les autres thèmes ont été suggérés par les questions de l'animateur :

- la participation aux prises de décision,
- la confidentialité, et
- l'équité dans les soins fournis.

Ce sous-titre inclut des citations intégrales (entre guillemets) des focus-group, pour présenter certains aspects de la thématique abordée. S'agissant de la description d'une diversité d'opinions, il serait dangereux de confondre une opinion isolée ou minoritaire avec un consensus de groupe. Il est donc régulièrement mentionné s'il y a consensus ou divergence d'opinions. Les citations sont là pour préciser et colorer l'expression de certains avis importants, nous semblant importants d'être relevés.

### **5.5.1.3. Disponibilité**

Tous les participants ont relevé l'importance de la disponibilité du médecin, mais en ont différencié les aspects logistiques et relationnels. Concernant son évaluation, les avis divergeaient : certains patients estimaient que leur médecin s'était globalement toujours montré disponible, d'autres ont mentionné des

problèmes logistiques pour obtenir un conseil ou être rassurés dans l'urgence à propos d'un symptôme ou d'un effet secondaire.

Trois participants ont suggéré, vu l'impossibilité de la présence permanente des médecins afin d'entrer en contact direct avec qu'eux, que leurs numéros de téléphone portable soient au moins à notre portée, ne serait-ce que sur le cachet identifiant leur nom et spécialité apposé sur nos ordonnances ou bons d'analyse à l'instar de ce qui se fait dans certaines cliniques privées de la place. Car, tantôt occupés par les contraintes de leurs cliniques privées, tantôt pris par les enseignements (cours) ou autres tâches liées aux activités pédagogiques de la Faculté des Sciences de Santé (FSS), (le CNHU étant un centre universitaire).

Cela nous éviterait des désagréments ou dommages que nous subissons par défaut d'informations précises et urgentes dont nous avons à des moments donnés soit pour un bon suivi du traitement ou pour le changement d'un produit prescrit et qui peut être en rupture dans les pharmacies pour un moment, vue l'urgence du traitement sur le territoire béninois.

Voici quelques points chauds de cet entretien en groupe :

*« Tenez ! moi par exemple, suite à une consultation dermatologique, en fin décembre 2015 dernier, des produits m'avait été prescrits dont certains devaient se trouver précisément à la pharmacie Camp Guézo, une pharmacie de grande renommée et de référence en matière de l'offre et de service. Evidemment, moi qui réside à Abomey-Calavi, une des grandes commune du Bénin, où pourtant des pharmacies existent, étais dans l'obligation de venir à Cotonou pour l'achat d'un produit qui ne se trouve pas dans les autres pharmacies, santé m'y obligeant.*

*Mais malheureusement pour moi, le produit était en rupture sur le territoire national et le mieux qui me fut conseillé était d'aller voir le médecin traitant pour qu'il me change le produit par un autre, son équivalent. C'était précisément le mardi 29 décembre 2015. Il faut dire que j'ai eu chance car c'était un mardi que j'avais fait la consultation et jour de consultation du médecin traitant. Mais il sonnait déjà 13 heures passées de quelques minutes. Je cours rapidement donc de la pharmacie Camp Guézo (qui devrait même fermer ses portes pour raison d'inventaire et ne les rouvrir que le 1<sup>er</sup> janvier 2016) située à quelques mètres du CNHU, mais hélas ! le médecin était déjà parti.*

*Malgré la chance que j'avais de trouver encore l'une des médecins stagiaires, en spécialité qui étaient avec lui le jour de ma consultation, je n'ai pas pu avoir gain de cause. Elle-même n'avait pas son numéro pour la joindre juste pour me dire prends tel autre produit à la place de l'autre. Seuls la surveillante avec qui se trouvent tous les contacts des soignants, m'a simplement dit de revenir la voir c'est-à-dire le médecin le mardi prochain et donc le 5 janvier 2016.*

*Or mon assurance maladie expire le 31 décembre 2015. Voyez-vous ? Malgré toutes mes doléances et supplications pour qu'elle me donne le numéro pour l'appeler moi-même et lui expliquer la situation, elle m'a notifié que les médecins n'aiment pas cela et qu'elle n'est pas autorisée à le faire. Le contact avec le médecin n'est pas aisé ».*

Un autre patient,

*« moi je renchéris en soulignant que certains professeurs sont même inaccessibles, il semble même qu'on les déifie et eux-mêmes semblent se considérer ainsi. Car lorsque j'ai eu besoin d'une précision sur les résultats d'un examen que le Professeur X dont je tais le nom, m'avait expliqué parce que son jargon m'était un peu inaccessible, j'ai voulu qu'un autre médecin spécialiste du service m'y aide à nouveau, celui-ci qui dans un premier temps, avait voulu m'aider changea aussitôt d'avis après que j'ai évoqué le nom du professeur X. Cela s'est ajouté aux rumeurs entendues sur lui lors de mon séjour d'hospitalisation au sein du service».*

Ouvrons ici une parenthèse pour signaler qu'au niveau du CNHU, après le chef service qui est généralement un Professeur, il y a au sein de chaque service un surveillant ou surveillante chargé(e) de coordonner les emplois du temps des gardes et permanences, des programmes de consultation, d'hospitalisation et d'interventions chirurgicales au sein de chaque service.

#### **5.5.1.4. Confiance**

Sur ce point, il est connu que « Le feeling avec le médecin, c'est la base de la thérapie ». La confiance est nécessaire pour se faire soigner ».

Tous dans les focus-groups se sont entendus à propos de la nécessité d'avoir une grande confiance ou feeling en son médecin et sur le fait qu'elle déterminait pour une grande part la qualité du suivi. Les patients ont nuancé et différencié le degré d'investissement dans la relation avec leur médecin. Pour la plupart, il

s'agissait d'une forte implication relationnelle. Certains ont rapporté la notion de confiance à la crédibilité de l'information donnée par le médecin au patient, mais aussi à la capacité du médecin à s'intéresser et à s'engager à long terme dans le soutien de son patient.

La qualité du lien thérapeutique est décrite comme fondamentalement basée sur la confiance et semble être déterminée par la prise en compte des besoins individuels. Un membre du groupe d'entretien s'exclame qu'

*«Il faut avouer qu'au début, j'ai eu peur, mieux, il y a le malaise de la blouse blanche. Il m'a fallu prendre de temps avant d'oser demander, oser poser des questions humaines ».*

#### **5.5.1.5. Compétence**

La compétence du CNHU a été globalement reconnue. Le centre a été identifié comme un hôpital de référence, le dernier recours lorsque les compétences font défaut à la base. Mais malheureusement, la majorité de patients semble soutenir que cette compétence est notée plutôt dans leurs cliniques privées. Les médecins se font souvent remplacés par les généralistes ou carrément par leurs étudiants en médecine qui dans la plupart des cas ne font pas correctement le travail parce que n'ayant pas encore ni la maîtrise des connaissances, ni l'expérience requises. Surtout en se fondant sur certains cas d'erreurs médicales dont certains participants au focus-group ont été victimes et évoquées.

Et donc certains médecins traitants et infirmiers ont été jugés par la majorité comme incompetents dans le domaine, donc nécessitant la collaboration d'un spécialisé. De la notion de compétence, provenaient les notions de qualité d'écoute et de dialogue, de clarté de l'information et de sens des responsabilités.

Et à ce sujet, ils s'accordent à souligner que beaucoup reste à faire pour parfaire ces qualités qui ne devraient pas faire défaut aux médecins. Ils n'ont souvent pas de temps à nous consacrer. Ils ont toujours l'air pressé d'aller dans leurs cliniques privées.

#### **5.5.1.6. Information**

Les avis divergeaient concernant la qualité de l'information fournie par le service. Certains ont mis en évidence l'importance pour eux d'obtenir beaucoup plus de détails concernant leur maladie, les traitements et les effets secondaires, mais aussi d'autres aspects comme des conseils pratiques pour une prompt guérison ou tout simplement une meilleure amélioration de leur état de santé afin qu'ils quittent le plus rapide possible ce centre péjorativement qualifié « de mouvoir » pour retrouver leur chez soi. Car comme le dit le dicton, « on est mieux chez soi qu'ailleurs ».

D'autres ont souligné l'importance de bien évaluer tout d'abord quelles étaient les connaissances de base du patient, de ne pas hésiter à les répéter, puis de tenir compte de la demande et de l'état émotionnel du patient.

Cette donnée est fondamentale, puisqu'elle présuppose une fluctuation possible de l'attitude, de la demande et des besoins individuels en informations diverses. Elle nécessite une vigilance particulière de la part du médecin pour détecter ces fluctuations et en tenir compte dans le suivi. En effet, une meilleure compréhension de ces phénomènes permet de comprendre certaines résistances à l'introduction de traitements ou des problèmes d'observance.

Sept situations sont présentées par nos focus-groups :

**Monsieur A.**

*«Le médecin qui me suit a toujours pris du temps. Il est là pour répondre à mes questions, mes angoisses. Parfois il y a des questions sans réponses ».*

**Monsieur B.**

*« Moi, je ne fais que répondre, oui !oui ! au médecin. Car que voulez-vous que je fasse ? Après que je lui ai expliqué ou que dis-je ?, décrit mes malaises, il ne m'a plus rien dit. Après avoir fini d'écrire, il m'a tendu une ordonnance. Il ne m'a même pas demandé si j'ai les moyens d'y faire face. Non pas pour qu'il me les achète mais au moins pour peut-être me prescrire des produits selon ma bourse, il y a ce qu'on appelle les médicaments génériques qui sont souvent moins chers que les autres et néanmoins jouent le même rôle que les autres. Alors que-voulez que je lui dise, à part dire la phrase « je ne sais pas ».*

**Monsieur C.**

*«Moi, on m'a opéré pour appendice, et on est censé être au courant de comment ça arrive pour l'éviter normalement. Mais le médecin traitant ne m'a jamais donné d'informations précises sur ce mal. Et moi-même, je n'ai pas osé demander. Mais l'envie ne m'a pas manqué, mais quand je regarde son visage, je me dis peut-être qu'il va se fâcher et dire que je lui fais perdre son temps».*

**Madame D.**

*« On semble avoir souffert du même mal. Mais, moi j'ai pu demander car je sentais mon médecin traitant bien attentionné à moi. Et le seul moment où j'ai bien compris, c'est le moment où le Dr m'a expliqué sur un schéma qui représente selon ses dires l'appareil digestif. Je lui en suis reconnaissant ».*

**Madame E.**

*« Mon médecin traitant n'a jamais été en mesure de me donner des explications. Pour ma part, je n'avais pas demandé ».*

**Monsieur F.** *« Ce que moi j'ai souvent déploré concerne l'explication relative aux médicaments, les médecins donnent une ligne générale et ne mettent pas assez l'accent sur le spécifique. Or ils écrivent souvent plusieurs médicaments pour le même mal mais qui présente plusieurs symptômes ; Ils doivent toujours nous dire tel médicament c'est contre tel symptôme ou c'est un antibiotique par exemple, surtout pour nous qui sommes analphabètes. Là, le patient n'aura plus peur des médicaments et pourra regarder les effets secondaires sur son corps ».*

**Madame G.**

*« Pour moi, l'information passe très bien au niveau des traitements actuels et leur évolution. Ça dépend du dialogue. Le médecin m'explique mes traitements en cours et je confirme par la lecture de différents médias ».*

### 5.5.1.7. Participation aux décisions

Par participation ici, nous entendons la possibilité vraiment accordée au patient par le médecin, de prendre part non pas au diagnostic, mais à la décision concernant le choix du traitement afin de favoriser un meilleur résultat. Cela renvoie une fois encore à la nécessité de l'information dans la relation soignant-soigné.

La participation aux décisions a donc constitué un domaine, où une large divergence d'opinion a été exprimée. Exemples :

*« Moi je pense que c'est les deux c'est-à-dire 50% le médecin et 50% pour ma part ; il s'agit de part égale à mon niveau ».*

*« Je décide à 100% ; du moment que je rentre chez moi, je peux prendre le médicament ou pas. Les médecins font tout pour m'aider ; le choix, il est chez moi. Mon choix est plus grand que celui du médecin ».*

*« Si on n'est pas décidé à prendre une thérapie, c'est bien difficile de l'imposer. J'ai parfois l'impression de ne pas avoir le choix ».*

*« Moi, j'ai toujours pris les décisions en collaboration avec les médecins. On ne m'a jamais forcé ... Il existe des services ici et au sein desquels le paternalisme médical domine. Dans la grande majorité des Hôpitaux du pays, ça fonctionne encore comme cela, où c'est le médecin qui décide ».*

Un participant étranger a estimé n'avoir nullement participé aux prises de décision le concernant, au vu de son manque de connaissances et de son niveau de scolarisation :

*« Je ne jamais participé aux prises de décisions me concernant ; que vais-je dire ? Je ne comprends même pas son jargon ; Je ne fais que dire ce qu'il m'a dit ».*

On voit que pour certains, la prise de décision concernant le traitement notamment, représente la totale responsabilité du patient ; pour d'autres, intervient la notion de co-responsabilité dans les décisions.

Certains patients ont d'emblée différencié certains niveaux de décision, en mentionnant quels étaient les domaines où le médecin restait le seul à prendre une décision et souligné dans ce contexte l'importance d'un lien de confiance.

Pour d'autres types de décisions, le patient constituait un partenaire avisé et pouvait être considéré comme un co-décideur.

#### **5.5.1.8. Confidentialité**

Nos rencontres nous ont permis de vérifier que la question de la confidentialité du diagnostic était une préoccupation non moins importante des patients. Que le médecin soit au courant de la maladie dont on souffre ne posait aucun problème au sein du service. Par contre, toutes les communications concernant la maladie surtout lorsqu'il s'agit d'une maladie entourée de préjugés, telles que la maladie du siècle, le VIH Sida considéré un mal mettant en cause la valeur de la personnalité de celui qui en souffre du cancer du diabète et autres encore, en dehors de ce binôme médecin-patient, avec un parent un ami du malade ou une tierce personne ou même à l'extérieur du service semblaient poser des problèmes.

Le malade est gêné, mal à l'aise et a peur de devenir l'objet de risée des autres, peur du regard d'autrui. L'autre aspect de la nécessité de la sauvegarde de la confidentialité du diagnostic du malade, est lié à la mentalité africaine en général et celle du Bénin en particulier. Chez nous en effet, la maladie n'est pas toujours naturelle. La grande majorité des maux dont nous souffrons sont provoquées. Et alors, de peur que nos ennemis, une fois au courant de notre maladie, n'aillent renforcer leurs armes occultes, sataniques ou gris-gris et que notre état de santé ne se détériore drastiquement en nous précipite rapidement à la mort, les malades tiennent énormément à ce que leur diagnostic ne soit pas vulgarisé.

Alors que ce soit tout d'abord le fait de se rendre dans le service de médecine, clairement identifié comme le lieu du suivi VIH au CNHU, bien que les modalités d'admission soient faites au sein du service pour garantir une plus grande discrétion. Ensuite, les libellés des ordonnances et des factures ont été considérés comme des risques de fuites d'information plus ou moins redoutés par les intéressés. Les communications administratives font peur, que ce soit au sein des assurances-maladie, -invalidité ou autres. On note alors une rétention de l'information.

D'autres ont fustigé le fait d'accrocher au lit du patient toutes les informations concernant sa maladie et ainsi le mettre complètement à nu. Car en réalité, cette pratique permet aux visiteurs, à toute personne lettrée et étrangère venant dans la salle d'hospitalisation d'accéder aux informations confidentielles du malade. C'est pour cela que certains ont souligné l'importance de communiquer l'entier du dossier aux médecins consultants du service qui se chargera d'informer ses collaborateurs dans leur bureau, pour pallier à cela et aussi pour éviter les questions redondantes, répétitives et celles jugées «indiscrètes» auxquelles les collaborateurs du médecin soumettent les patients en présence des autres

patients, les garde-malades, cela porte un coup à la confidentialité. Pour un membre de notre focus-group,

*«Le patient peut oublier, alors les dossiers doivent être bien rangés et à portée de main du soignant et comme cela ils sont déjà informés au lieu de soumettre le patient à ses interrogations en présence de tout le monde. Or dans presque tous les services du CNHU, c'est ce qui se passe, je peux dire que le dialogue entre le patient et soignant est mauvais ».*

D'autres encore ont abordé la notion du sentiment de discrimination, qu'ils ont pu ressentir dans certains services du CNHU ou dans d'autres hôpitaux périphériques, n'ayant pas l'habitude de ce type de prise en charge avant de venir ici.

*«Il y a bien des médecins, qui posent les préjugés et empêchent le patient de poser des questions, qu'il a envie de poser ».*

Il est à noter également la discrimination chez certains soignants surtout dans leur façon de recevoir les patients. Elle varie selon que l'on soit un parent du soignant, un ami, une haute personnalité ou un riche. C'est ce que rapporte un membre de notre focus-group :

*« Moi j'étais arrivé à 6 heures du matin, histoire de me positionner en première place pour vite faire ma consultation et rejoindre mon service. Mais mon tour de passage tant attendu arriva, c'est alors qu'un couple aussitôt arrivé, vint se planter devant moi. Mécontent, je rétorquai qu'il ne passera pas avant moi. La fille de salle vint me dire que ce*

*sont les parents du médecin et qu'il aurait donné l'ordre de les faire entrer en première position. Cela m'avait tellement marqué. Vous voyez! ».*

Pour conclure ce chapitre, nous confirmons qu'il y a un écart, c'est-à-dire un problème dans la prise en charge des malades dans nos formations médicales. L'écart est entre ce qui est maintenant et ce qui devrait se réaliser. Cela ressort des réponses obtenues. Cette tendance va être vérifiée dans le chapitre suivant qui interprète nos résultats.

## **CHAPITRE SIXIEME : INTERPRETATION DES RESULTATS**

Les données collectées seront interprétées et représentées quantitativement au moyen des tableaux et des graphiques. Les 40 tableaux et les 20 graphiques qui vont suivre portent sur la qualité des soins dans les formations médicales au Bénin en partant de notre site de référence. Ils seront assortis des commentaires ad hoc qui nous aideront à déterminer la nature de l'écart son ampleur et sa dispersion.

Une description socio - démographique désagrège nos données afin de mieux cerner les réponses obtenues de la part de la population de notre échantillon. Cette population est constituée des patients, des membres du personnel soignant et des parents des patients.

Nous avons sérié ces données en trois grandes catégories suivantes qui répondent à un certain nombre d'items : les patients, les parents des patients et les soignants.

1° Les patients ont été répartis suivant :

1. leur sexe, leur âge, leur religion, leur situation matrimoniale, leur niveau d'instruction et leur profession.
2. l'accueil du service, le traitement accordé, les préoccupations, les inquiétudes ou les angoisses avec le médecin ou le soignant du service.
3. l'écoute du médecin, les informations données du patient par le médecin, le consentement sur le choix du traitement, les réponses reçues des médecins.
4. l'option du traitement, la qualité du traitement, qu'il soit victime ou témoin de complication, leur avis sur des évènements sentinelles, la collaboration entre médecin et paramédicaux, la notion de qualité de soins, la qualité des soins reçus.

2° Les parents des patients ont été regroupés selon :

- 1) leur sexe, leur âge, leur religion, leur situation matrimoniale, leur niveau d'instruction, leur profession
- 2) l'accueil de service
- 3) le traitement respectueux et équitable
- 4) la satisfaction de la prise en charge du parent
- 5) le traitement avec compétence
- 6) qu'il soit victime ou témoin de complication
- 7) les évènements sentinelles
- 8) la collaboration avec médecins et paramédicaux
- 9) la notion de la qualité des soins
- 10) la qualité des soins reçus
- 11) le commentaire de l'accueil
- 12) les relations avec les soignants

3° Les soignants ont été regroupés suivant

1. leur âge, leur sexe, leur religion, leur situation matrimoniale, leur niveau d'instruction, leur profession
2. le traitement et les relations avec le patient
3. le bon accueil des patients
4. l'obligation d'expliquer le diagnostic et le bien-fondé des analyses
5. les séquelles dues à leurs incompétences
6. la connaissance des principes déontologique
7. la notion de la qualité des soins administrés
8. le parjure de la fonction médicale
9. les commentaires de l'accueil
10. les relations avec les autres soignants

## 6.1. Les patients

**Tableau 3** : Répartition des patients suivant le sexe

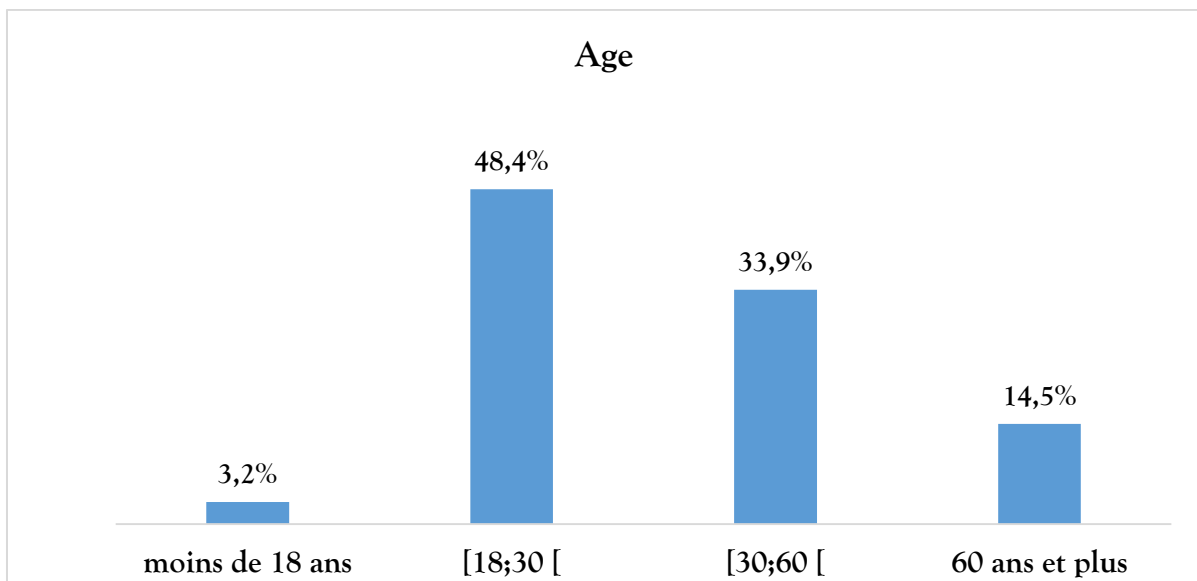
Sexe	Effectif	Fréquence %
Masculin	21	33,9
Féminin	41	66,1
Total	62	100

Source : Données collectées, 2016

### *Commentaire*

Plus de la moitié des patients interrogés sont de sexe féminin. On peut supposer qu'au cours de la période les femmes ont plus fréquenté le centre.

**Graphique 1** : Répartition des patients suivant leur âge



Source : Données collectées, 2016

### *Commentaire*

Plus de la moitié (51,6%) des patients interrogés sont jeunes, car âgés à peine de la trentaine. Mieux, les patients de tranche 18 à 30 sont les plus fréquents au cours de la période de l'enquête. Ce qui laisse croire à une maladie qui ne concerne que la population active et jeune.

**Tableau 4** : Répartition des patients suivant leur religion

Religion	Effectif	Fréquence (%)
----------	----------	---------------

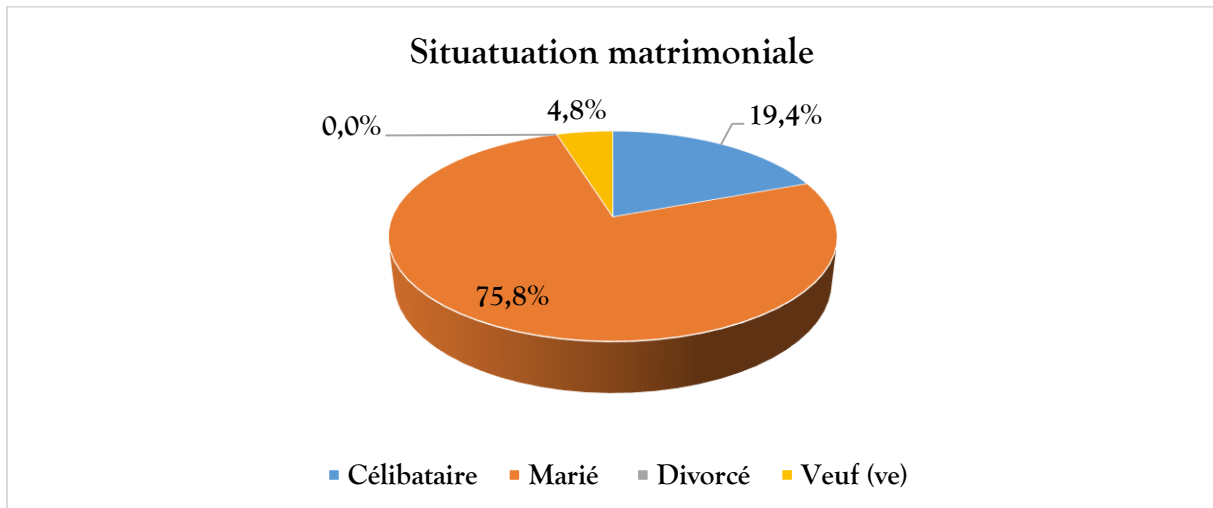
Christianisme	54	87,1
Islam	4	6,5
Vodoun	2	3,2
Autres	2	3,2
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

#### *Commentaire*

La majorité des patients (87,41%) sont des chrétiens. Ce qui laisse croire que de toutes les religions pratiquées au Bénin, les chrétiens ont plus de facilités à envoyer leurs malades à l'hôpital.

**Graphique 2** : Répartition des patients suivant leur situation matrimoniale



Source : Données collectées, 2016

#### *Commentaire*

La plupart des patients (75,8%) sont mariés, suivis des célibataires (19,4%). Nous estimons que les mariés ont plus de responsabilités familiales que les célibataires. Les veufs représentent 4,8 % et il n'y a aucun divorcé. Le point de vue de cette majorité est intéressant pour notre étude.

**Tableau 5** : Répartition des patients suivant leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Fréquence (%)
CEP	37	59,7
BEPC	11	17,7

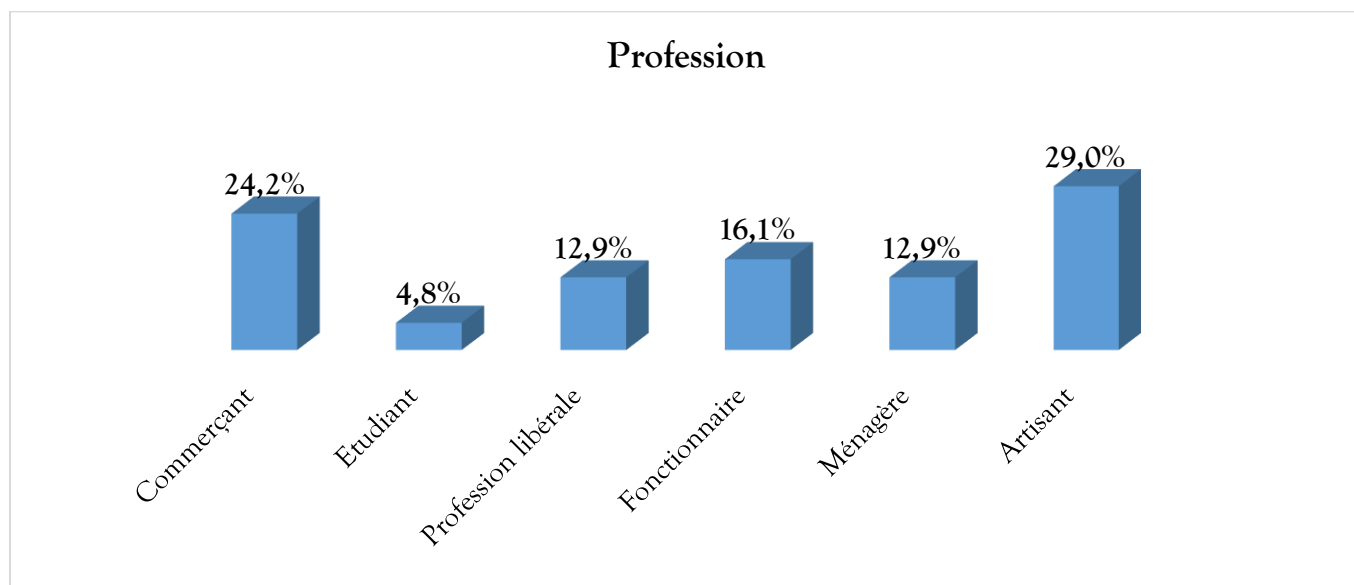
BAC	7	11,3
BAC+2	1	1,6
BAC+3	1	1,6
BAC+5	3	4,8
BAC++	2	3,2
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

### *Commentaire*

Des résultats du tableau, on peut conclure qu'au cours de la période les patients dont le niveau d'instruction ne dépasse pas le Certificat d'Etude Primaire, sont les plus fréquents. Ce qui laisse croire que plus le niveau d'instruction est élevé, plus on prend soin de soi.

### **Graphique 3** : Répartition des patients suivant leur profession



Source : Données collectées, 2016

### *Commentaire*

Des résultats de ce graphique, on peut se permettre de dire qu'au cours de la période de l'enquête les patients les plus malades sont les artisans et les commerçants (53%).

### **Tableau 6**: Répartition des patients suivant l'accueil du service

Accueil du service	Effectif	Fréquence (%)
Excellent	6	9,7
Très bon	32	51,6

Bon	14	22,6
Passable	8	12,9
Mauvais	2	3,2
Autre avis	0	0,0
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

Plus de la moitié (61,3%) des patients interrogés au cours de l'enquête estime que l'accueil du service était au-delà de leur attente. On pourrait donc en conclure que l'accueil au cours de la période était de bonne facture.

**Tableau 7:** Répartition des patients suivant le traitement accordé

Traitement respectueux et équitable	Effectif	Fréquence (%)
Oui	48	77,4
Plus ou moins	10	16,1
Non	4	6,5
Autres avis	0	0,0
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

Des résultats du tableau, on peut constater que la majorité (77,4%) des patients estiment que le traitement qui leur est accordé, est respectueux et équitable. Ce qui justifie le professionnalisme dont fait montre le personnel médical et soignant du centre.

**Tableau 8 :** Répartition des patients suivant les préoccupations, inquiétude ou angoisses avec le médecin ou le soignant du service

Préoccupations, inquiétudes, angoisses	Effectif	Fréquence (%)
Oui	46	74,2
Plus ou moins	10	16,1
Non	6	9,7
Autres avis	0	0,0
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

La grande majorité (74,2%) des patients estime qu'ils ont été traités avec respect et équité par le personnel médical et soignant contre 9,7% seulement.

**Tableau 9**: Répartition des patients suivant l'écoute du médecin

<b>Ecoute du médecin avec attention</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Oui	50	80,6
Pas souvent	8	12,9
Non	4	6,5
Autres avis	0	0,0
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

Des résultats de tableau, 80,6% des patients estiment que le médecin a écouté leur plainte avec attention contre seulement 6,5%.

**Tableau 10**: Répartition des patients suivant les informations données au patient par le médecin

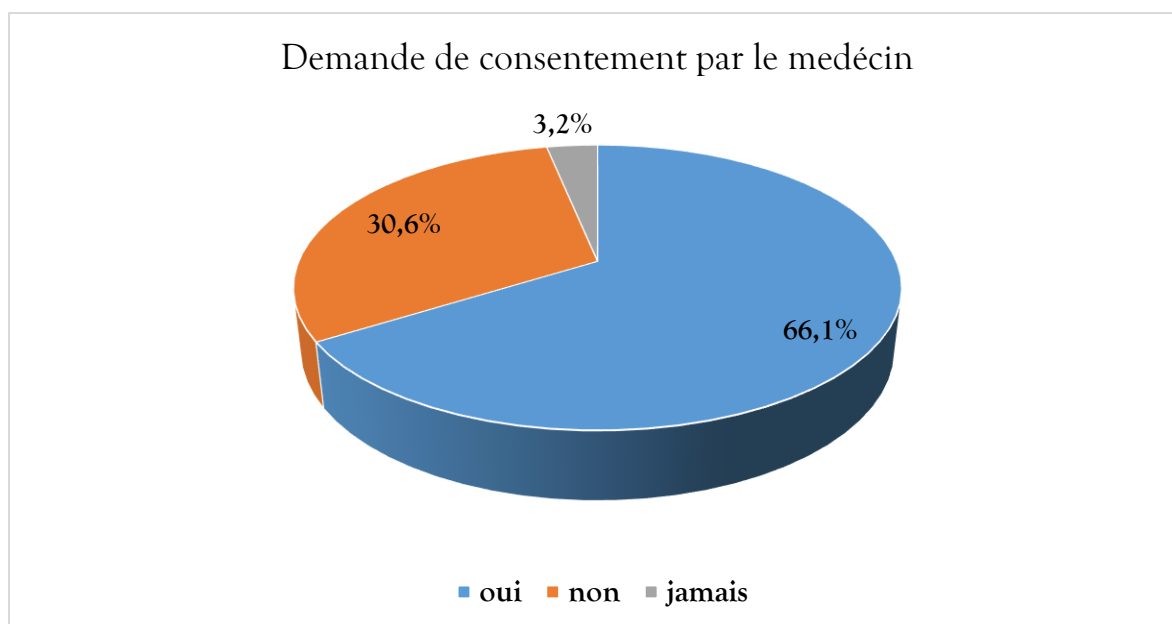
<b>Information sur état de sante et diagnostic</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Oui	47	75,8
Pas suffisamment	11	17,7
Non	4	6,5
Autres avis	0	0,0
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

Plus de 75% des patients de l'échantillon estiment que le médecin les a suffisamment informé sur leur état de santé, le diagnostic, le traitement à suivre et sur son bien –fondé. Cela témoigne de l'expérience et du professionnalisme de ces médecins.

**Graphique 4**: Répartition des patients suivant le consentement sur le choix du traitement



Source : Données collectées, 2016

#### *Commentaire*

De ce graphique, on peut aisément conclure que pour 66,1% des patients de l'échantillon, le médecin a demandé leur consentement sur le choix du traitement, contre 30,6%.

**Tableau 11** : Répartition des patients selon les réponses reçues des médecins

Réponses aux questions posées au médecin	Effectif	Fréquence (%)
Toujours	18	29,0
Très souvent	20	32,3
Souvent	9	14,5
Parfois	8	12,9
Jamais	0	0,0
Je n'ai jamais posé de questions	7	11,3
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

#### *Commentaire*

Des résultats du tableau, il ressort que plus de 75% des patients de l'échantillon ont affirmé que lorsqu'il pose de questions au médecin, qu'ils reçoivent des réponses qu'ils comprennent contre environ 11,3%.

**Tableau 12** : Répartition des patients suivant l'option du traitement

<b>Option du traitement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Oui	33	53,2
Oui, mais pas suffisamment	8	12,9
Non	6	9,7
Jamais	1	1,6
Ce n'est pas de coutume	14	22,6
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

### *Commentaire*

Il ressort des résultats du tableau que 53,2% au moins des patients ont eu l'occasion de se prononcer sur le choix de votre traitement.

**Tableau 13** : Répartition des patients suivant la qualité du traitement

<b>traitement avec compétence</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Oui	52	83,9
Oui, plus ou moins	8	12,9
Non	2	3,2
Sans opinion	0	0,0
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

### *Commentaire*

Des résultats du tableau, il ressort que près de 90% des patients de l'échantillon estiment avoir été traité avec compétence par le médecin ou le soignant ou même les paramédicaux.

**Tableau 14** : Répartition des patients selon qu'ils sont victimes ou témoins de complication

<b>Victime ou témoin de complications</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Oui	7	11,3
Plusieurs fois	0	0,0
Jamais	49	79,0
Une fois	5	8,1
Souvent	1	1,6
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

### *Commentaire*

79 % des patients de l'échantillon déclarent n'avoir jamais été victime ou témoin des complications opératoires et post-opératoires (embolies pulmonaire ou accident d'anesthésie), ainsi que d'autres événements indésirables (erreurs médicales) mettant en doute la compétence du praticien, contre environ 20% qui déclare le contraire.

20% des patients déclarant cet état de chose est à prendre très au sérieux car cela suppose de la légèreté par endroit dans le traitement octroyé aux patients. En tout état, de cause cette valeur devrait tendre vers zéro, ce qui n'est pas le cas, il urge donc que des mesures soient prises pour auditer dans la mesure du possible la qualité des soins qui sont offerts dans ce centre.

**Tableau 15:** Répartition des patients suivant leur avis sur des événements sentinelles

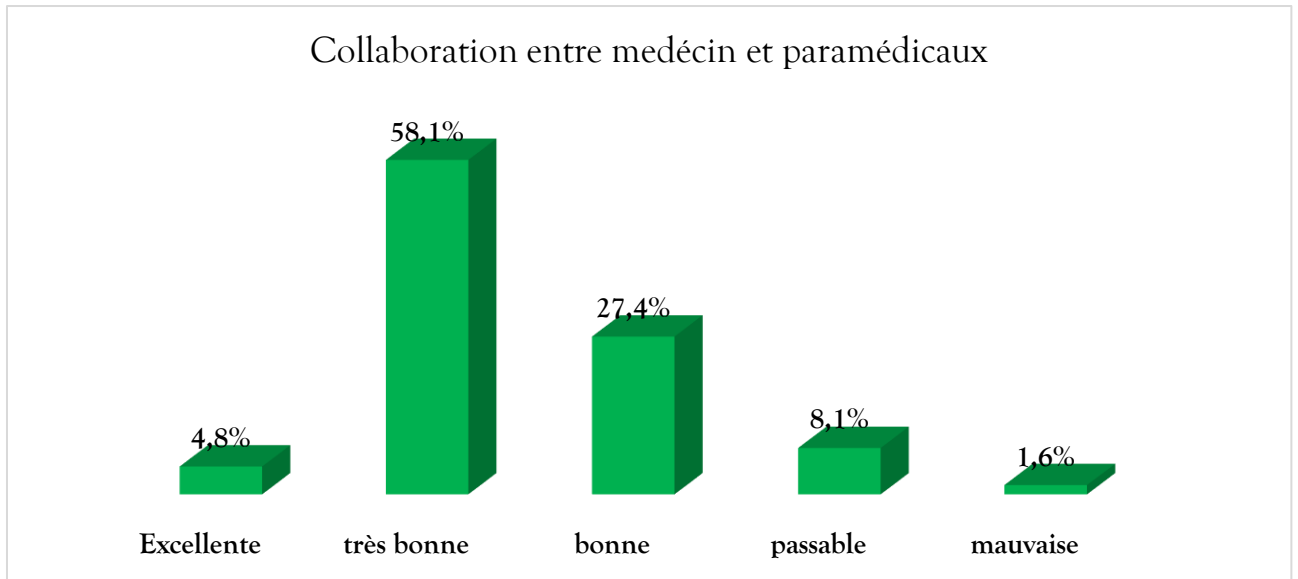
Evènements sentinelles	Effectif	Fréquence (%)
Oui	10	16,1
Non	41	66,1
Souvent	0	0,0
Jamais	11	17,7
Fréquemment	0	0,0
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

#### *Commentaire*

Il ressort des résultats de ce tableau que plus de 80% des patients interrogés déclarent n'avoir jamais vécu directement ou indirectement des événements sentinelles (accidents liés à la transfusion, erreurs de groupage sanguin, oublis de corps étrangers dans le champ opératoire...) témoignant de la banalisation de patients dans l'acte médical contre 16%. Il faut souligner que cette valeur est très élevée ; ce qui témoigne une fois encore de la légèreté dont fait preuve le corps médical.

**Graphique 5 :** Répartition des patients suivant la collaboration entre médecin et paramédicaux



Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

Il ressort du graphique qu'il y a une très bonne collaboration (58,%) entre les médecins et les paramédicaux. Bref, près de 90% des patients interrogés déclarent positive la collaboration entre les paramédicaux et les médecins.

**Tableau 16** : Répartition des patients suivant la notion de qualité de soins

Notion de qualité des soins	Effectif	Fréquence (%)
Bonne	62	100,0
Mauvaise	0	0,0
Ignorant	0	0,0
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

En somme, la qualité des soins aux dires des patients est de bonne facture.

**Tableau 17** : Répartition des patients suivant la qualité des soins reçus

Qualité des soins reçus	Effectif	Fréquence (%)
Oui	56	90,3
Non	6	9,7
Indifférent	0	0,0

---

<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>
--------------	-----------	--------------

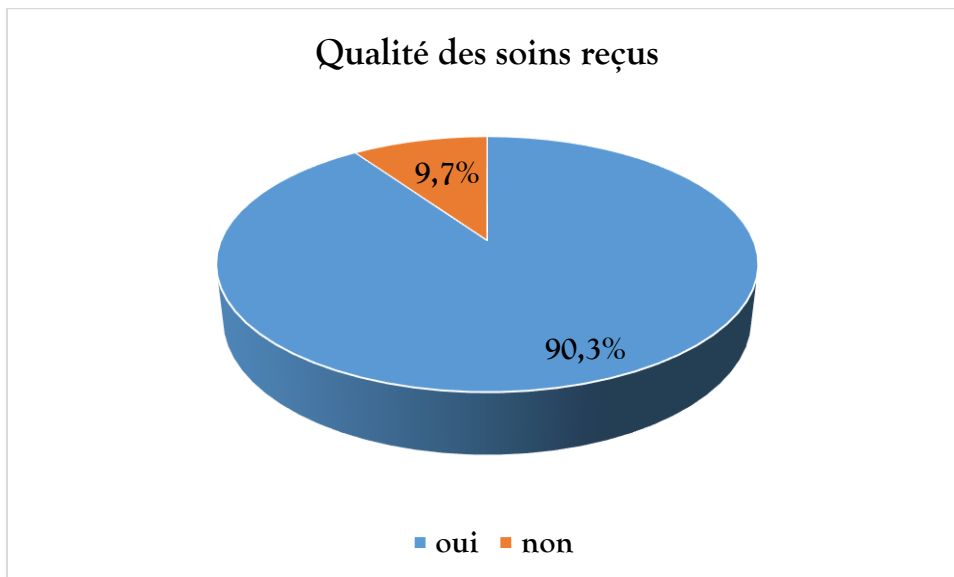
---

Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

Plus de 90% des patients déclarent avoir reçu des soins de qualité. Ici, quelque chose ne va pas. Pendant qu'ils se plaignent de la qualité de ces soins en répondant à d'autres questions, ils affirment à la plus grande majorité avoir reçu des soins de qualité. D'autres questions pourraient nous aider à comprendre ce phénomène.

**Graphique 6** : Répartition des patients suivant la qualité des soins reçus



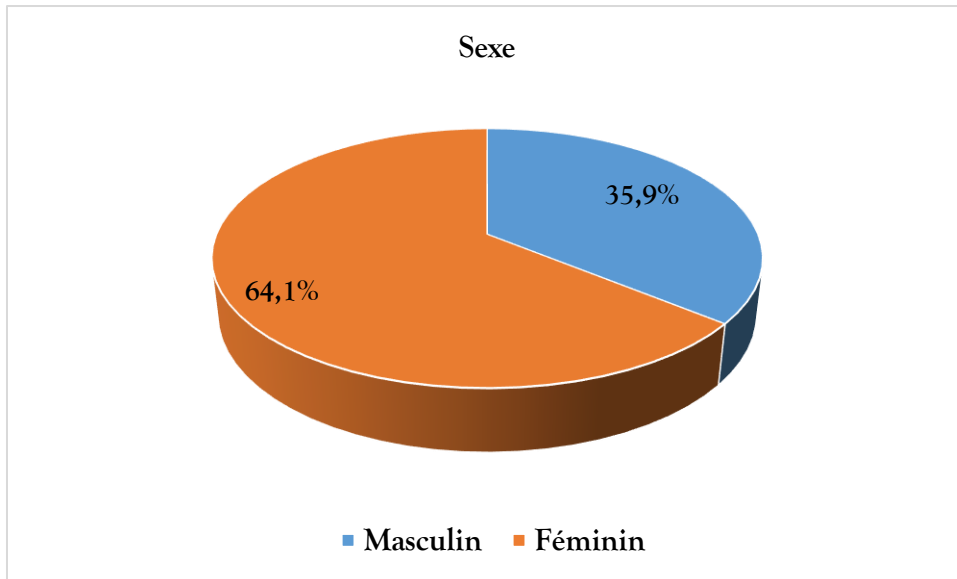
Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

Plus de 90% des patients déclarent avoir reçu des soins de qualité. Le commentaire paradoxal du tableau qui précède vaut pour ce graphique.

## 6.2. Les parents des patients

**Graphique 7** : Répartition des parents des patients suivant le sexe

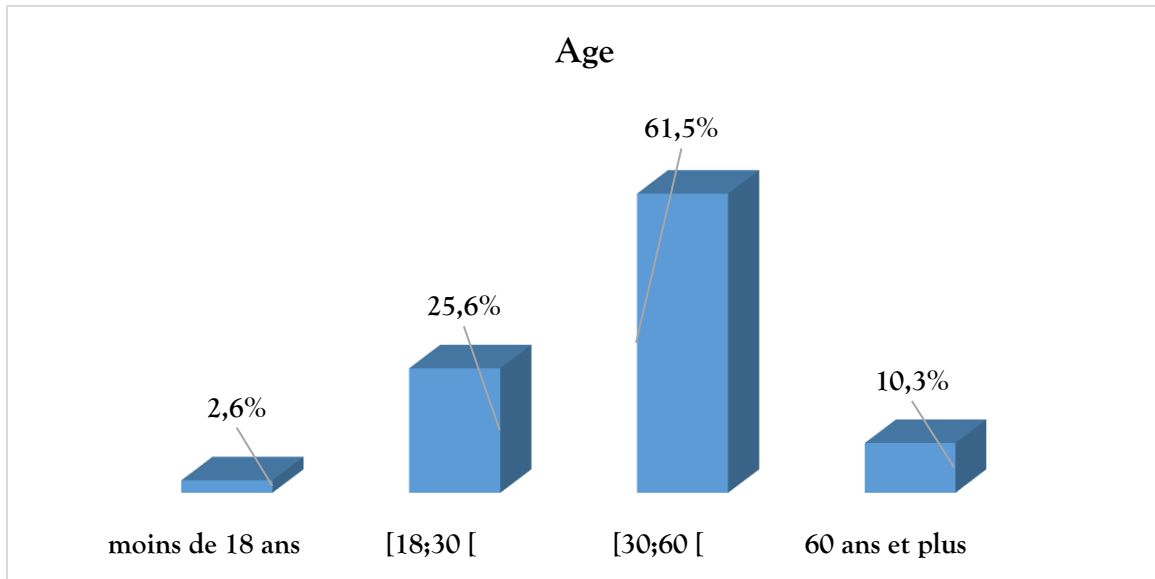


Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

Du graphique, il ressort que souvent, les parents des patients de sexe féminin (64,1%) sont au chevet de leur malade contre seulement (35,9%) d'hommes. Cela peut se justifier par le fait que c'est l'homme qui va chercher ou faire les courses pour disposer d'un peu de liquidité financière ; ce qui n'est pas pour autant facile pour la femme.

**Graphique 8** : Répartition des parents des patients suivant leur âge



Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

La plupart des parents des patients sont de la tranche de 30 ans à 60 ans. Ce qui justifie une fois encore que les béninois prennent l'état de santé de leur proche au sérieux ; en conséquence, ils y mettent des personnes responsables.

**Tableau 18** : Répartition des parents des patients suivant leur religion

Religion	Effectif	Fréquence (%)
Christianisme	34	87,2
Islam	5	12,8
Vodoun	0	0,0
Autres	0	0,0
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

Des résultats du tableau, il ressort que la plupart des parents des patients sont des chrétiens. L'influence de la morale chrétienne pourrait bien influencer les résultats de cette étude dans le sens de l'amour du prochain et de la compassion.

**Tableau 19** : Répartition des parents des patients suivant leur situation matrimoniale

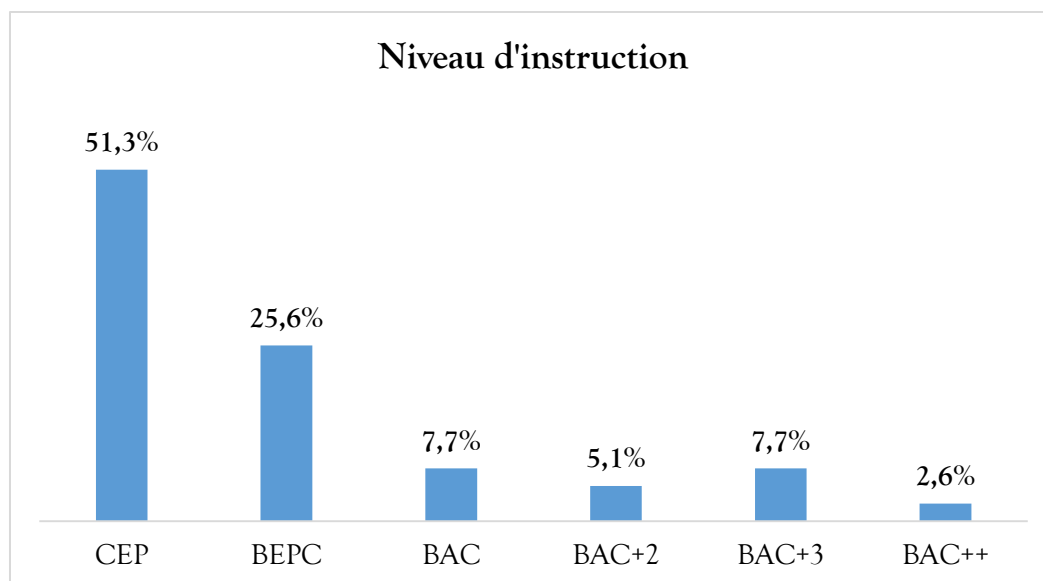
Situation matrimoniale	Effectif	Fréquence (%)
Célibataire	10	25,6
Marié	24	61,5
Divorcé	1	2,6
Veuf (ve)	4	10,3
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

#### *Commentaire*

61,5% des parents des patients sont mariés ; ce qui justifie une fois encore du degré de maturité des gardes-malades.

**Graphique 9** : Répartition des parents des patients suivant le niveau d'instruction



Source : Données collectées, 2016

#### *Commentaire*

En somme, les parents des patients sont tous instruits ; donc ils peuvent au moins comprendre, donner leur consentement éclairé et lire les noms des médicaments éventuels à administrer à leur patient.

**Tableau 20** : Répartition des parents des patients suivant leur profession

Profession	Effectif	Fréquence (%)
Commerçant	12	30,8

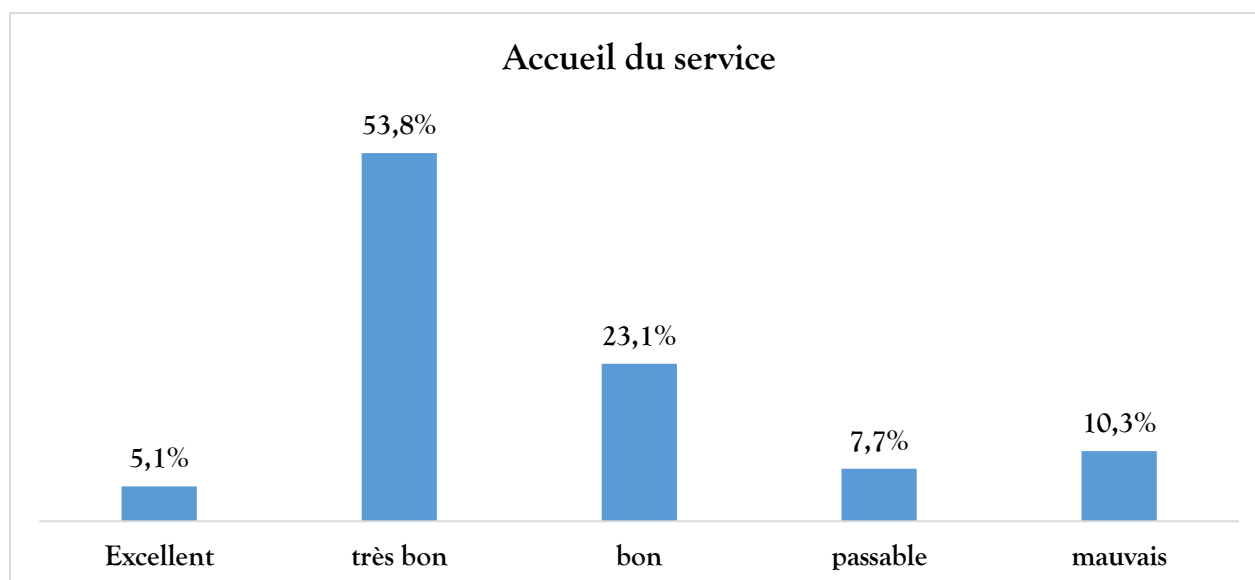
Etudiant	4	10,3
Profession libérale	7	17,9
Fonctionnaire	2	5,1
Ménagère	7	17,9
Artisan	7	17,9
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

### *Commentaire*

Il ressort de ce tableau que 30,8% des parents sont des commerçants. Il y a aussi d'autres professions ex-aequo sans oublier les 5,1% minoritaires des fonctionnaires.

**Graphique 10** : Répartition des parents des patients suivant l'accueil de service



Source : Données collectées, 2016

### *Commentaire*

Des résultats du graphique ci-dessus, il ressort que près de 80% des parents des patients apprécient positivement l'accueil qui leur est réservé.

**Tableau 21** : Répartition des parents des patients suivant le traitement respectueux et équitable

Traitement respectueux et équitable	Effectif	Fréquence (%)
Oui	30	76,9
Plus ou moins	5	12,8
Non	4	10,3

<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
--------------	-----------	--------------

Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

77 pour cent des parents des patients estiment le traitement reçu par leurs parents malades comme étant respectueux et équitable. 23 ne sont pas aussi affirmatifs. Ce qui signifie qu'il n'y a pas une grande unanimité dans les réponses reçues.

**Tableau 22** : Répartition des réponses relatives au traitement respectueux et équitable

<b>Traitement respectueux et équitable</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Oui	27	69,2
Jamais	3	7,7
On est soumis	4	10,3
Exécute seulement	5	12,8
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

Tout comme pour la question précédente, la majorité estime le traitement reçu par leurs parents malades comme étant respectueux et équitable. Mais il n'y a pas une grande unanimité dans les réponses reçues.

**Tableau 23** : Répartition des parents des patients suivant la satisfaction de la prise en charge du parent malade

<b>Satisfaction de la prise en charge du parent</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Oui	31	79,5
Non	7	17,9
Aucunement	1	2,6
Ça s'est aggravé	0	
Autres avis	0	0,0
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

Il ressort du tableau que les parents des patients sont satisfaits à près de 79,5% de la prise en charge de leur patient et que le traitement a été efficace et que les soins fournis ont pu améliorer l'état de santé de leur parent malade. Seulement 17,9% pense le contraire. Malgré ce faible taux, il va falloir prendre au sérieux cet état de chose. En effet, 17,9% des parents estimant qu'ils ne sont pas satisfaits de la prise en charge accordée à leur parent malade.

**Tableau 24** : Répartition des parents des patients suivant le traitement avec compétence

<b>Traitement avec compétence</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Oui	32	82,1
Plus ou moins	7	17,9
Non	0	0,0
Sans opinion	0	0,0
Autres avis	0	0,0
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

Des résultats du tableau, il convient de préciser que plus de 80% des parents des patients de l'échantillon estiment que leur parent malade a été traité avec compétences par les médecins ou le soignant ou les paramédicaux.

**Tableau 25** : Répartition des parents des patients en victime ou en témoin de complication

<b>Victime ou témoin de complications</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Oui	2	5,1
Souvent	2	5,1
Plusieurs fois	0	0,0
Une fois	3	7,7
Jamais	32	82,1
autres avis	0	0,0
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

Il ressort des résultats du tableau que 10,2% des parents des patients ont été victime ou témoin des complications opératoires et post-opératoires (embolies pulmonaires ou accident d'anesthésie), ainsi que d'autres évènements indésirables (erreurs médicales) mettant en doute la compétence du praticien. Ce qui prouve que des erreurs sont souvent commises par le corps médical.

**Tableau 26** : Répartition des parents des patients suivant les évènements sentinelles

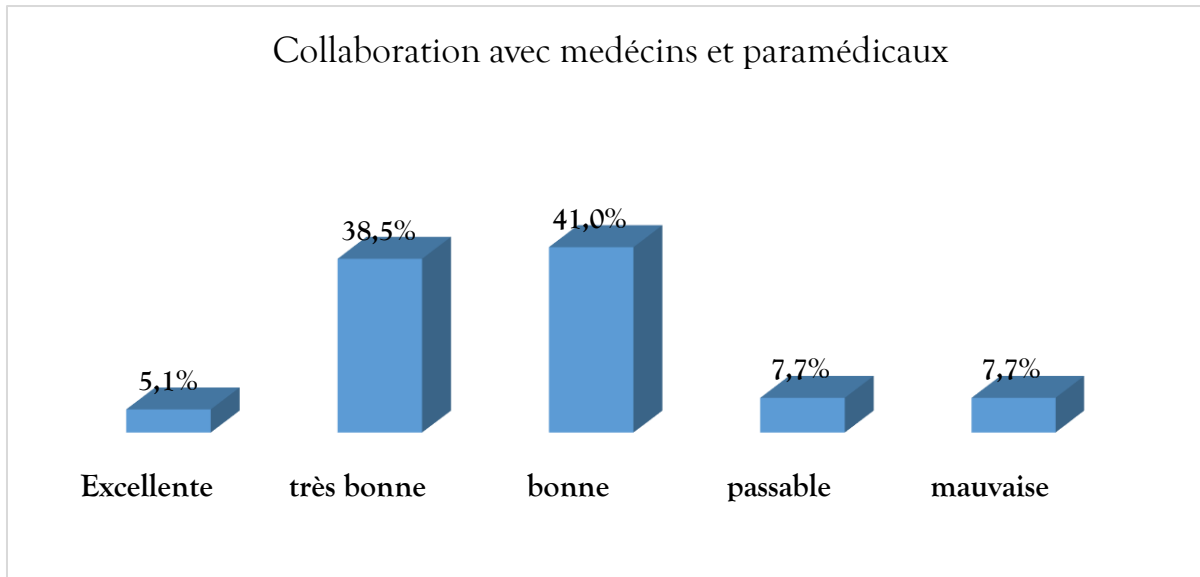
<b>Evènements sentinelles</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Oui	4	10,3
Non	16	41,0
Parfois	0	0,0
Fréquemment	1	2,6
Jamais	18	46,2
Autres avis	0	0,0
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

#### *Commentaire*

Des résultats du tableau, il convient de préciser que 10,3% des parents des patients ont vécu directement ou indirectement des évènements sentinelles (accidents liés à la transfusion, erreur de groupage sanguin, oublis de corps étrangers dans le champ opératoire..) témoignant de la banalisation de patient dans l'acte médicales.

**Graphique 11** : Répartition des parents des patients suivant la collaboration avec médecins et paramédicaux



Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

La grande majorité (79,5%) des parents des patients estime que leur collaboration avec les médecins et les paramédicaux du service est positive contre 7,7%.

**Tableau 27** : Répartition des parents des patients suivant la notion de la qualité des soins

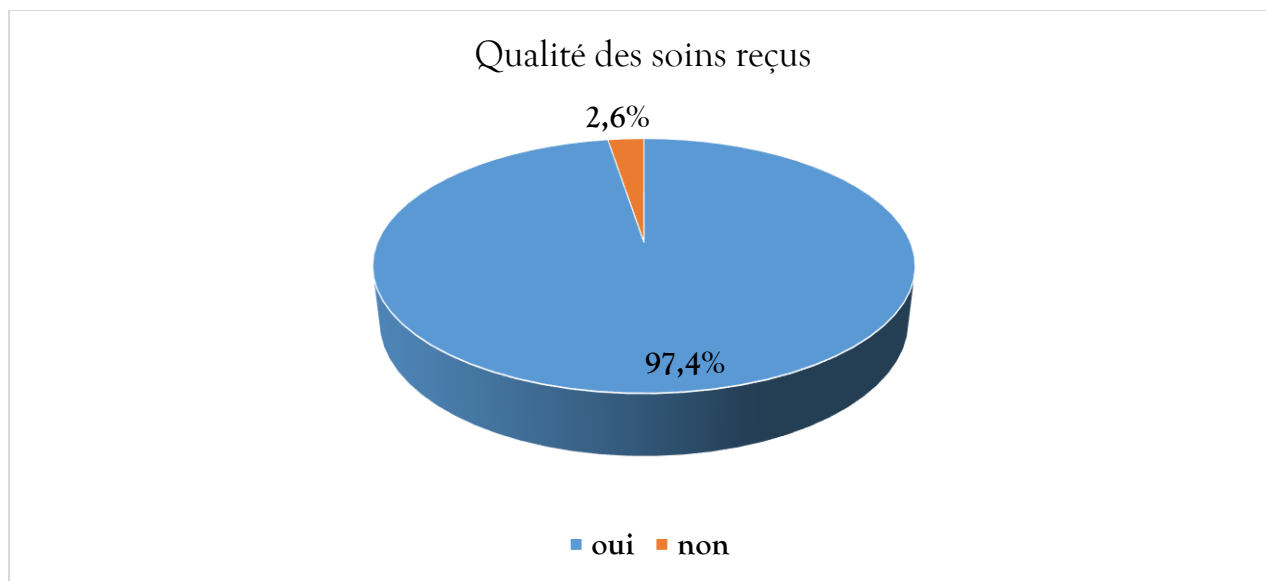
Notion de qualité des soins	Effectif	Fréquence (%)
Bonne	39	100,0
Mauvaise	0	0,0
Ignorant	0	0,0
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

La totalité des parents des patients de l'échantillon estime que les soins apportés aux malades sont de bonne qualité.

**Graphique 12** : Répartition des parents des patients suivant la qualité des soins reçus



Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

**Tableau 28** : Répartition des parents des patients suivant le commentaire de l'accueil

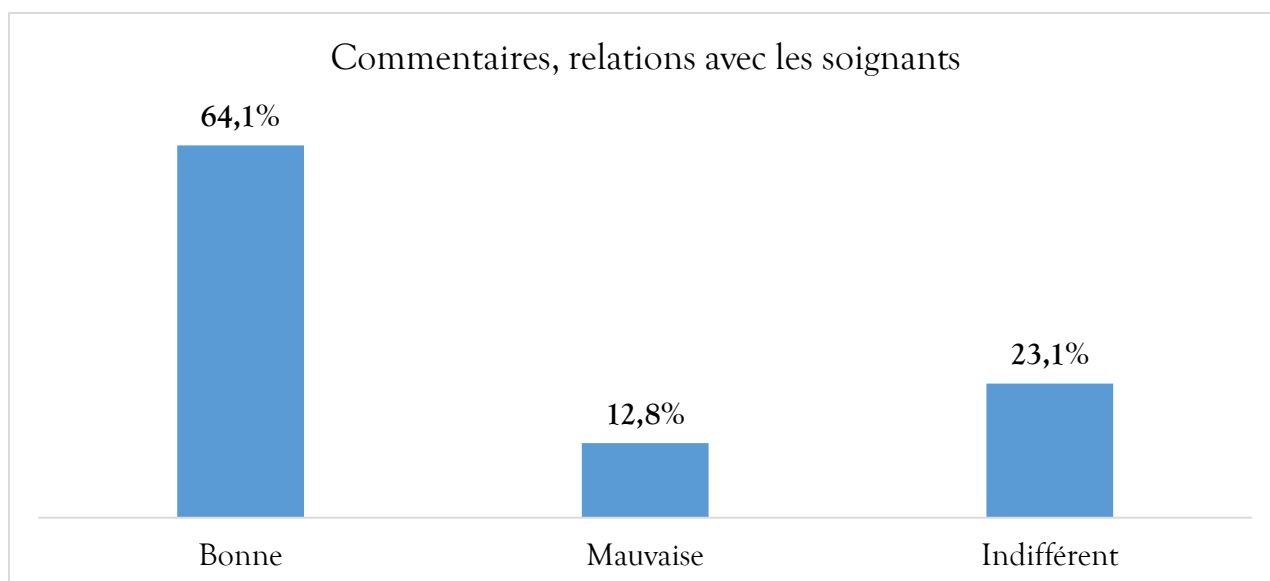
Commentaires, accueil	Effectif	Fréquence (%)
Bon	25	64,1
Mauvais	5	12,8
Indifférent	9	23,1
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

Il n'y a pas unanimité entre les parents des patients concernant le commentaire de l'accueil, même une grande partie l'estime bon.

**Graphique 13** : Répartition des parents des patients suivant les relations avec les soignants



Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

64,1 % des parents des patients estiment bonnes les relations avec les soignants. Mais il faut noter qu'il y a 12,8 % qui disent qu'elles sont mauvaises et presque un quart d'indifférents. Ceci doit nous interpeller.

### 6.3. Les soignants

**Tableau 29** : Répartition des soignants suivant le sexe

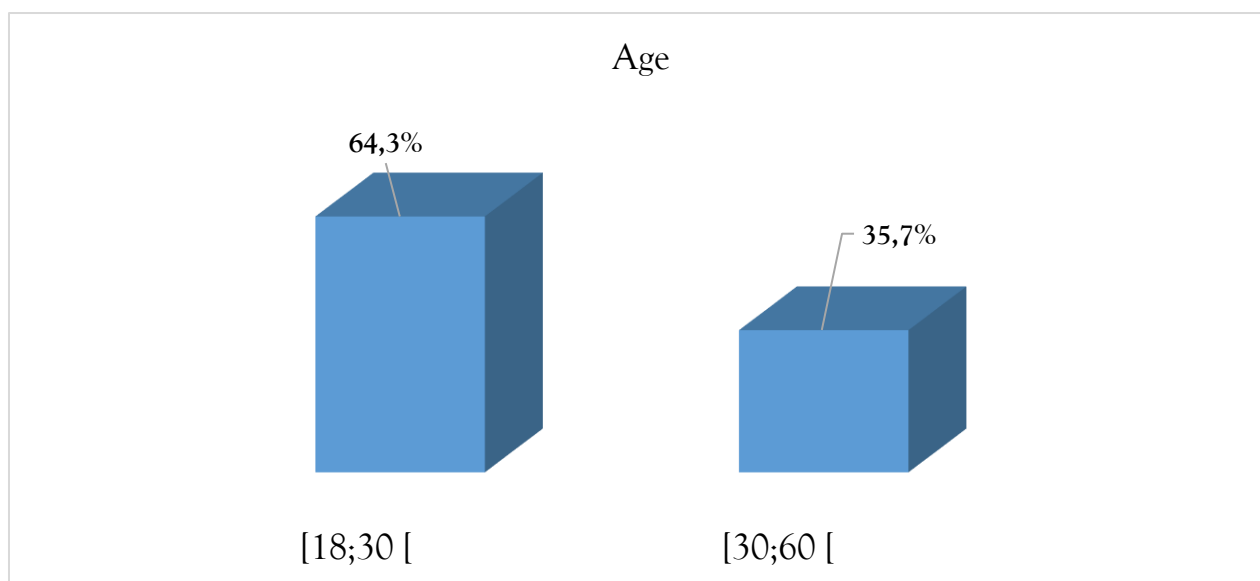
Sexe	Effectif	Fréquence (%)
Masculin	10	71,4
Féminin	4	28,6
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

Des résultats du tableau ci-dessus, il ressort que 71,4% du personnel médical est de sexe masculin contre 28,6% de sexe féminin. Ceci ne nous étonne pas, car la parité 50/50 n'est pas encore une réalité pour notre pays.

### Graphique 14 : Répartition des soignants suivant l'âge



Source : Données collectées, 2016

#### *Commentaire*

La plupart (64,3%) du personnel soignant est de la tranche 18 à 30 ans d'âge contre 35% de tranche 30 à 60 ans. On est tenté de dire que cet état de chose peut justifier des quelques erreurs constatées, car le personnel est jeune et n'est pas très expérimenté.

**Tableau 31** : Répartition des soignants suivant leur religion

<b>Religion</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Christianisme	11	78,6
Islam	2	14,3
Vodoun	0	0,0
Autres	1	7,1
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

#### *Commentaire*

Des résultats du tableau, il ressort que la majorité du personnel médical pratique le christianisme.

**Tableau 32** : Répartition des soignants suivant leur situation matrimoniale

<b>Situation matrimoniale</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Célibataire	9	64,3
Marié	5	35,7
Divorcé	0	0,0
Veuf (ve)	0	0,0

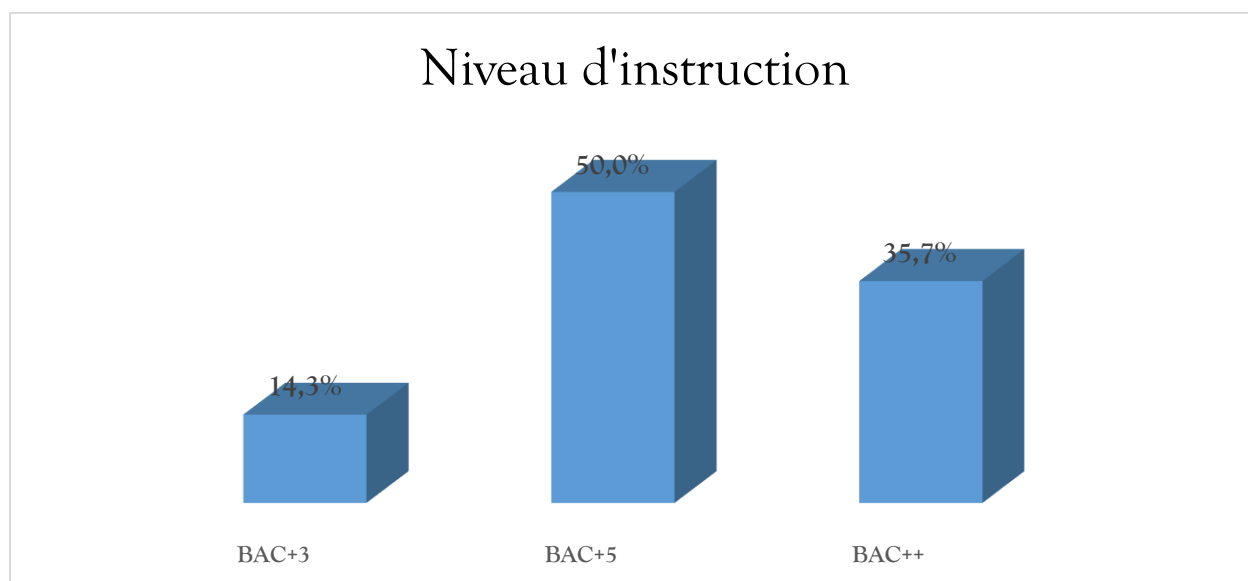
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>
--------------	-----------	--------------

Source : Données collectées, 2016

### *Commentaire*

Il ressort du tableau que 64,3% de l'échantillon du personnel médical considéré est célibataire. On est tenté de dire que ce sont ces mêmes agents de la tranche de 18 à 30 ans d'âge que nous avons rencontrés à l'item de l'âge des répondants.

### **Graphique 15** : Répartition des soignants suivant leur niveau d'instruction

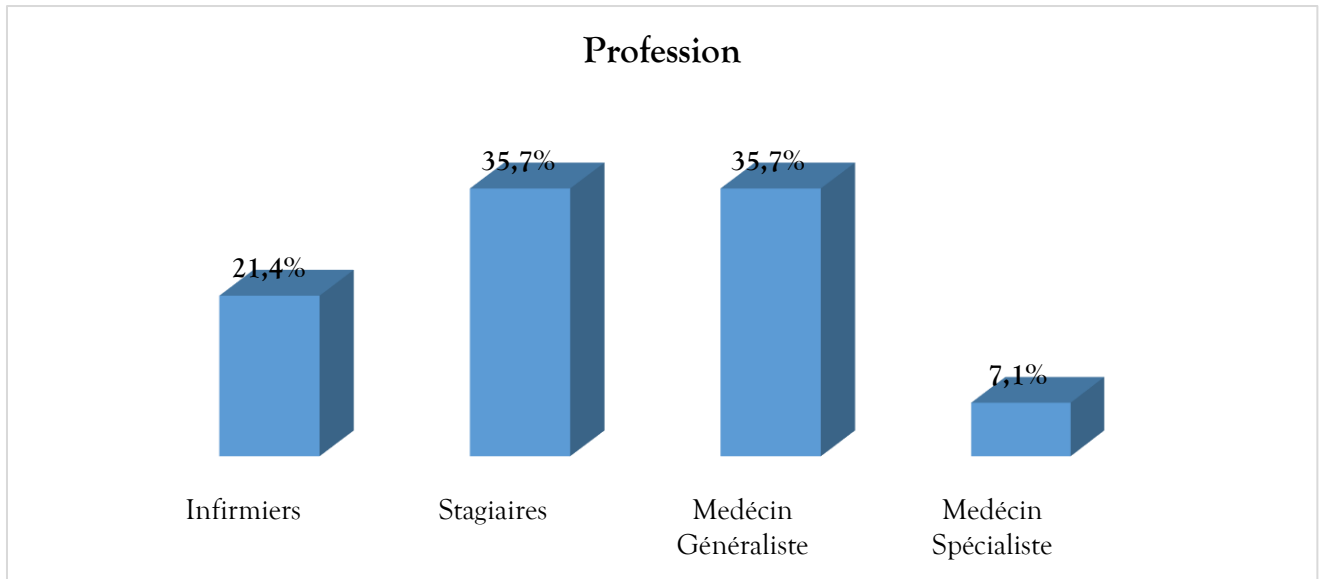


Source : Données collectées, 2016

### *Commentaire*

Des résultats du graphique, il ressort que tous les agents du corps médical ont au moins le niveau licence. Ceux qui sont titulaires d'un master sont les plus nombreux (50%), suivis de ceux qui sont au-delà du master, les docteurs/médecins (35,7%). C'est une exigence de cette profession et qui devrait améliorer la qualité des soins et de l'accueil dans nos hôpitaux.

### **Graphique 16** : Répartition des soignants suivant leur profession

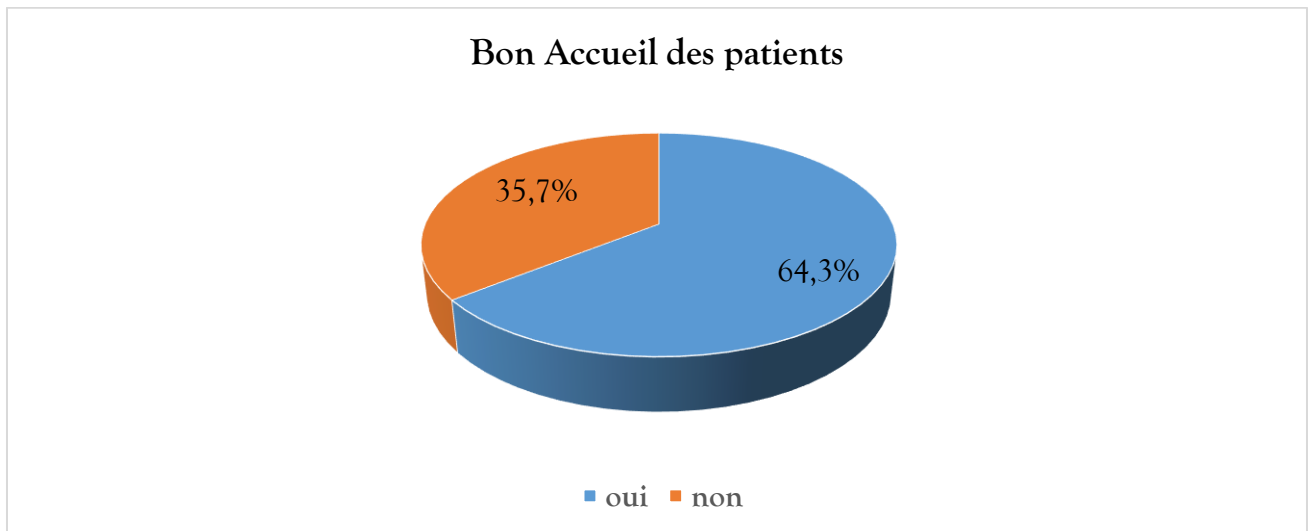


Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

Il ressort du graphique ci-dessus que les stagiaires constituent une part importante du personnel médical (35,7%) suivis des médecins généralistes. Le fort taux de stagiaires peut justifier les défaillances observées çà et là. Cela interpelle l'autorité qui doit veiller aux responsabilités données à ces jeunes néophytes dans ce métier.

**Graphique 17** : Répartition des soignants suivant le bon accueil des patients



Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

64,3% du personnel médical estime avoir toujours bien accueilli les patients tel que l'exige l'éthique médicale et les critères de la qualité des soins. Ce qui

justifie qu'au sein même du corps médical, certains (35,7%) estiment que l'accueil n'est pas ce que cela devrait être.

**Tableau 33** : Répartition des soignants suivant le traitement et les relations avec le patient

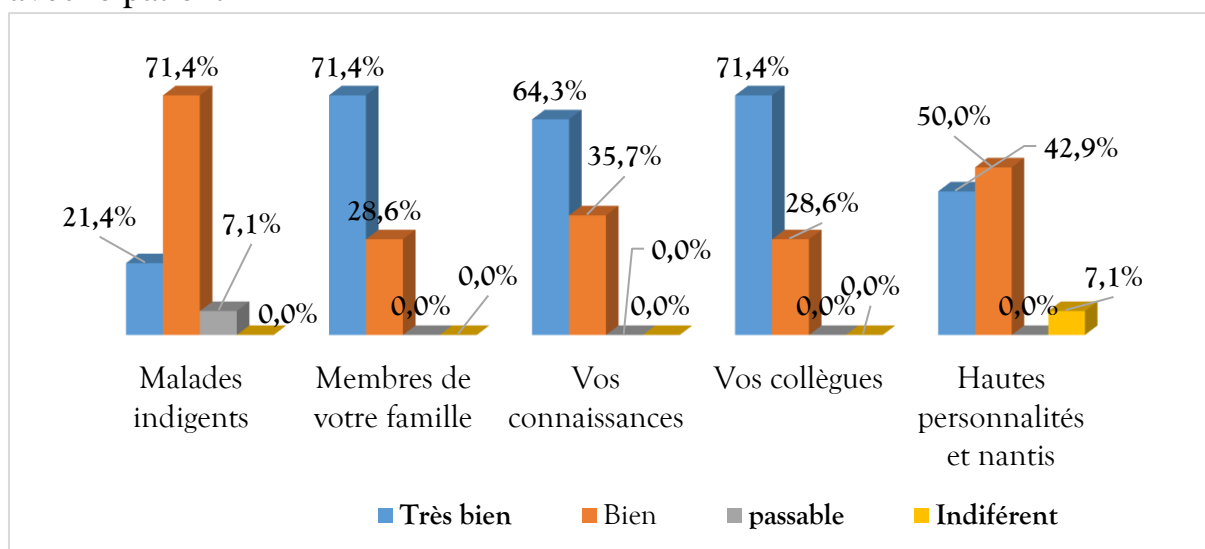
Catégorie	Très bien	Bien	passable	Indifférent	Total
Malades indigents	3	10	1	0	14
Membres de votre famille	10	4	0	0	14
Vos connaissances	9	5	0	0	14
Vos collègues	10	4	0	0	14
Hautes personnalités et nantis	6	7	0	1	14
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>70</b>

Source : Données collectées, 2016

### Commentaire

Les réponses des soignants concernant le traitement et les relations avec le patient sont très symptomatiques. Presque 100% de bonnes relations contre les mauvaises. Mais ici le principe de justice est violé par la discrimination faite surtout aux malades indigents et dans une moindre mesure aux hautes personnalités et aux nantis pour la réponse très bien. Par contre, les collègues, les connaissances et les membres des familles sont très bien traités.

**Graphique 18** : Répartition des soignants suivant le traitement et les relations avec le patient



Source : Données collectées, 2016

De ces résultats, on peut se permettre de dire que quel que soit la catégorie de malade, le personnel médical reçoit bien (plus de 90%) dans tous les cas. Seulement que pour les membres de leur famille et les collègues, le traitement

très bien est au-delà des 70% contrairement aux catégories de malades. Comme quoi les connaissances prennent toujours le pas dans presque tout.

**Tableau 34** : Répartition des soignants suivant l'obligation d'expliquer le diagnostic

<b>Obligation d'explication du diagnostic</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Oui	14	100,0
Non	0	00
Pas nécessaire	0	00
Facultative	0	00
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>00</b>

Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

La totalité du personnel médical sait qu'il a obligation d'expliquer le diagnostic, le traitement, bref l'acte médical au malade, ce qui justifie le professionnalisme dont fait montre ce personnel

**Tableau 35** : Répartition des soignants suivant l'explication sur le bien-fondé des analyses

<b>Explication sur le bien-fondé des analyses</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Oui	8	57,1
Parfois	6	42,9
non, il n'en a pas besoin	0	0,0
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

Des résultats du tableau ci-dessus, il ressort que 57,1% des agents expliquent le bien fondé des examens et analyses souvent prescrits au patients contre 42,9% qui se sentent pas dans l'obligation de le faire.

**Tableau 36** : Répartition des soignants suivant les séquelles dues à leurs incompétences

<b>Séquelles dues incompétences</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Oui	3	21,4
Non	10	71,4
Jamais	1	7,1
Souvent	0	0,0

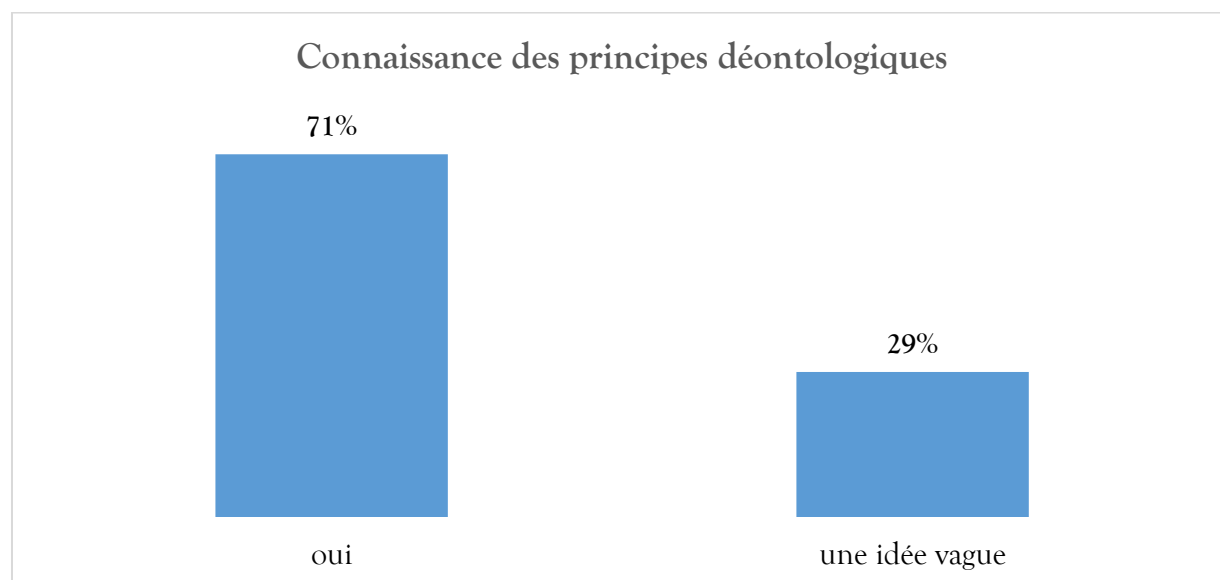
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>
--------------	-----------	--------------

Source : Données collectées, 2016

### *Commentaire*

Des résultats du tableau ci-dessus, il ressort que 21,4% du personnel médical de l'échantillon considéré avoue avoir connu un cas de patient sorti avec des séquelles dus à son incompetence après une opération, injection, utilisation de produit prescrit ou d'une erreur médicale. Ce taux est très élevé et mérite d'être pris au sérieux même si la taille de l'échantillon considéré est faible.

**Graphique 19** : Répartition des soignants suivant la connaissance des principes déontologique



Source : Données collectées, 2016

### *Commentaire*

Il ressort du graphique ci-dessus que 71% de l'échantillon du personnel médical interrogé avoue connaître les principes fondamentaux de la déontologie médicale et de l'éthique médicale contre 29%.

**Tableau 37** : Répartition des soignants suivant la notion de qualité des soins

<b>Notion de qualité des soins</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Bonne	14	100,0
Mauvaise	0	0,0
Ignorant	0	0,0
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

Tout le personnel de l'échantillon considéré a une bonne notion de la qualité des soins.

**Tableau 38** : Répartition des soignants suivant la qualité des soins administrés

<b>Qualité des soins administrés</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Oui	5	35,7
Non	4	28,6
Pas souvent	5	35,7
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

Il ressort des résultats du tableau que 28,6% du personnel médical avoue n'avoir toujours pas donné les soins de qualité au malade. Cet état de chose peut être interprété de deux façons ; soit l'agent n'a pas vraiment su administrer au malade les soins qu'il faut ou que le patient est décédé et il se culpabilise en disant qu'il pouvait faire mieux.

**Tableau 39** : Répartition des soignants suivant le parjure de la fonction médicale

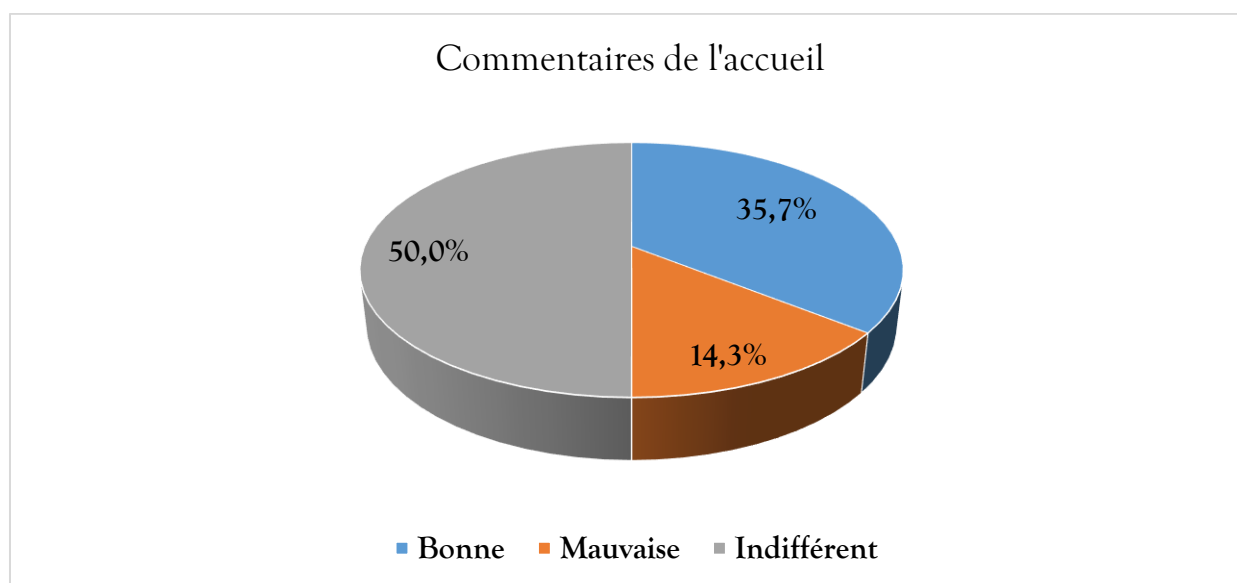
<b>Exerce de la fonction médicale sans parjure</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Oui	7	20,6
Pas toujours	4	11,8
C'est difficile	3	8,8
Non	20	58,8
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

Des résultats du tableau ci-dessus, il ressort que 20,6% du personnel médical affirme n'avoir jamais commis de parjures, et avoir toujours exercé la profession médicale suivant les fondements déontologiques et étiques médicaux, contre 58,8%.

**Graphique 20** : Répartition des soignants suivant les commentaires de l'accueil



Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

Suivant les commentaires de l'accueil, il y a pas d'unanimité, même si la moitié des répondant les estiment bons. Mais il y a beaucoup d'indifférents et plus de 10 % qui pensent qu'ils sont mauvais.

**Tableau 40** : Répartition des soignants suivant les relations avec les soignants

Commentaires, relations avec les soignants	Effectif	Fréquence (%)
Bonne	5	35,7
Mauvaise	2	14,3
Indifférent	7	50,0
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

Source : Données collectées, 2016

*Commentaire*

Des résultats ci-dessus, 35,7% du personnel médical estime que l'accueil, l'acte médicale et les relations avec les patients sont de très bonne facture contre 14,3% qui le juge mauvais et 50% qui sont indifférents.

Pour clore ce chapitre, il est bon de signaler la présence de cet écart entre ce qui devrait être et ce qui se fait effectivement. Toutes les données confirment notre hypothèse selon laquelle, le manque d'éthique des soins et de déontologie médicale est à la base de la mauvaise qualité de soins dans nos formations médicales. Ceci nous permet de passer à la discussion de nos résultats.

## **CHAPITRE SEPTIEME : DISCUSSION DES RESULTATS**

A la lumière des constats et des entretiens avec les différentes catégories de personnes, nous voulons à partir de nos connaissances philosophiques circonscrire la substance des recherches empiriques en plusieurs plans.

- Les aspects relationnels

- Les aspects connaissances et compétences
- L'insuffisance des ressources humaines financières et matérielles
- Suggestions

### **7.1. Les aspects relationnels**

Au nombre des éléments relationnels, il y a : l'accueil, la relation soignant-soigné, l'information, etc.

Mais que devrait-être, selon les normes nationales et universelles l'accueil et la relation soignant-soigné ?

#### 1. L'accueil

L'accueil, c'est la manière de recevoir et d'admettre quelqu'un qui se présente devant vous et d'établir une bonne interaction avec lui tout au long de l'entretien et de la prise en charge. On souhaite la bienvenue au nouvel arrivant et on l'aide à s'intégrer et dans ses démarches.

Selon les normes de ressources, telle que décrit par le Ministère de la Santé du Bénin et ce dans les différents documents, à propos de l'accueil, l'établissement hospitalier devrait disposer de :

2. infrastructures conformes aux normes ;
3. une procédure d'accueil de l'établissement et le cas échéant de service de soin ;
4. une charte du patient hospitalisé est affichée dans le service de soins ;
5. un(e) réceptionniste, (Aide-soignant ou agent administratif) accueille et oriente la personne soignée et/ou ses proches ;
6. un lieu adapté pour accueillir les proches des personnes soignées et des biens ;

7. les tenues professionnelles sont strictement adaptées au lieu d'exercice et à la qualification ;
8. une organisation du service répondant aux conditions nécessaires à l'accueil de personnes soignées ;
9. un plan de formation de l'établissement prévoyant une formation à l'accueil ;
10. une politique de formation sanitaire favorisant la coordination entre professionnels médicaux, paramédicaux administratifs d'une part et la personne soignée et de ses proches d'autre part ;
11. des panneaux d'orientation.

Chaque soignant est identifié sur sa tenue professionnelle par son nom et sa fonction et chaque soignant qui passe dans l'espace d'attente, salue avec empathie et rassure les personnes en attente.

Le bon accueil est un gage de qualité dans les hôpitaux et centres de santé, celui-ci constitue la moitié de la guérison. Le sens de l'accueil, c'est le respect de l'éthique dans les établissements sanitaires et la satisfaction des citoyens.

L'accueil en milieu hospitalier est normalement une organisation qui se fait de l'entrée à la sortie du patient. C'est une façon de recevoir les patients, parents des malades, par un personnel formé. C'est aussi une façon de comprendre ou d'accepter le contrat de soins établi entre patients et soignants.

Soulignons déjà, que l'accueil rime avec la théorie de «caring» de Watson (1998), qui signifie « prendre soin de », « s'occuper de », « s'intéresser à » et devrait constituer l'essence de soins à dispenser aux patients. Le bon accueil peut transformer l'avenir des malades.

Les résultats de nos enquêtes ont révélé en effet, que l'accueil dans nos hôpitaux est devenu une pratique en voie de disparition, ou prend d'autres formes. Alors qu'autrefois, dans nos sociétés traditionnelles, voire de nos jours, dans nos campagnes, l'accueil est spontané et naturel, malheureusement, dans nos cités urbaines et surtout dans nos centres hospitaliers, il est devenu actuellement «une valeur marchande».

En dépit d'énormes efforts louables consentis par l'Etat en innovant des structures et des équipements, la qualité de l'accueil dans nos hôpitaux laisse à désirer. Il serait souhaitable que les hautes autorités de la santé fassent de l'accueil l'une des priorités à améliorer régulièrement. Des attitudes peu orthodoxes de certains praticiens ne font que rendre les patients plus malades.

Or ailleurs, dans d'autres pays (France, Canada,...), le constat est palpable des réaménagements sont régulièrement faits aux fins d'optimiser les conditions dans les services d'accueil des hôpitaux.

Pour Y. Jaffré et J- P. Olivier de Sardan, les usagers des services publics de santé mesurent la qualité de l'accès aux soins à l'accueil et aux soins dispensés<sup>161</sup>. L'accueil comprend les manières de recevoir les gens, de les écouter et de leur parler en tant qu'individus. Il ne se limite pas aux échanges de salutations lors d'une interaction. Il intègre toutes les manières de considérer l'autre en le regardant, en l'écoutant et en lui parlant dans un face à face.

Les soins concernent le déroulement technique et administratif des activités des services de santé. Ce sont tous les gestes faits et l'expression qui les accompagne. Ils estiment qu'un bon soignant est celui qui a de la considération

---

<sup>161</sup> Y. JAFFRE et J- P. Olivier de SARDAN, *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'ouest*, Paris, Apad, Ed. Karthala, 2003.

pour les patients. Lorsqu'un patient se présente devant lui, il lui demande ce qu'il ressent, il ne crie pas sur lui. Il l'interroge calmement, il lui répond et il lui donne une prescription. Joan Watson, estime pour sa part que la pratique soignante lors d'une situation clinique doit être essentiellement basée sur des valeurs humanistes de respect, de collaboration et d'unicité plutôt que sur l'objectivation, le contrôle et la catégorisation de la personne soignée<sup>162</sup>.

L'humanisation de soins constitue un impératif de qualité pour la satisfaction des usagers, bien qu'il reste encore un aspect beaucoup négligé dans nos hôpitaux. Nul n'ignore que l'hôpital est un milieu favorable à intensifier le stress et l'angoisse des malades et parents et qu'il est impératif nécessairement de baisser par un accueil de qualité.

Pourquoi dans nos hôpitaux, pour être bien accueilli et bien soigné, on est obligé d'arroser le personnel hospitalier chargé de soins ?

Tandis qu'ailleurs (Canada et France,...), on accueille bien et on s'occupe bien des malades parce qu'on estime qu'ils sont payés pour ça, que l'accueil et les soins, c'est leur travail. C'est pour cela que déjà ; que notre souci à ce niveau, serait d'améliorer la satisfaction des patients ainsi que celle de leurs parents, en valorisant l'image de marque de l'hôpital par l'amélioration des conditions d'accueil et leur orientation.

Le bon accueil dans les structures sanitaires est synonyme d'humanisation de soins de santé. Il serait à cet effet, plus que nécessaire que de larges campagnes de sensibilisation s'imposent afin de rappeler à l'ordre quotidiennement, tout le personnel hospitalier. Il doit être l'affaire de tous.

---

<sup>162</sup> Joan WATSON, « Le caring: philosophie et science des soins infirmiers », in [http://books.google.fr/books/about/Le\\_caring.html?hl=fr&id=3b9LAAAACAAJ](http://books.google.fr/books/about/Le_caring.html?hl=fr&id=3b9LAAAACAAJ), consulté le 15/12/16.

Que l'approche humaniste de soins soit valorisée, en préservant l'humain, tout en respectant les douze (12) commandements qui régissent un bon accueil à l'hôpital <sup>163</sup>:

- La chambre tu prépareras ;
- Le sourire tu auras ;
- Agréable tu seras ;
- Un climat de confiance tu instaureras ;
- Ton nom et ta fonction tu diras ;
- Le service tu présenteras ;
- Le fonctionnement tu expliqueras ;
- Le recueil de données tu feras ;
- La famille tu rassureras ;
- Ses problèmes tu écouteras ;
- La discrétion tu garderas ;
- Disponible tu seras.

Tous ces indicateurs sont quantifiables et mesurables. N'importe quel évaluateur peut les mesurer dans les formations sanitaires du Bénin. Le respect de ces indicateurs fera que les professionnels de santé du Bénin doivent avoir des qualités holistiques qui les inciteront à faire du bien à autrui quotidiennement.

La relation est une interaction entre deux ou plusieurs personnes qui ont des émotions, des désirs, des autonomies, des subjectivités différentes. Il existe de nombreux types de relation en fonction des liens unissant les personnes et des objectifs poursuivis (relations familiales, relations amoureuses, relations professionnelles), ou en fonction du degré de proximité des deux personnes (relations égalitaires, relations hiérarchisées).

---

<sup>163</sup> Cfr Joan WATSON, « Le caring: philosophie et science des soins infirmiers », in [http://books.google.fr/books/about/Le\\_caring.html?hl=fr&id=3b9LAAAACAAJ](http://books.google.fr/books/about/Le_caring.html?hl=fr&id=3b9LAAAACAAJ), consulté le 15/12/16.

Cette relation se joue dans un environnement matériel (temps, lieu) mais aussi culturel et social avec un certain nombre de normes, règles, valeurs, représentation. La relation est donc le résultat d'une construction à laquelle chacun contribue avec ses caractéristiques d'homme, de femme, de culture, d'appartenance sociale, son expérience, son passé, etc., en manifestant des comportements et des attitudes.

Le Dictionnaire *Le Robert* insiste sur le fait qu'une relation est une activité ou une situation dans laquelle plusieurs personnes sont susceptibles d'agir mutuellement les unes sur les autres. Pour lui, dans quelque domaine que ce soit, une relation,

*C'est un lien de dépendance ou d'influence réciproque entre des personnes »<sup>164</sup>.*

Toute relation a des particularités. Parmi ces particularités, l'affectivité est l'élément central. Il est au cœur des relations soit pour les fonder, soit pour les souder, soit pour les défaire. Elle révèle sa présence au travers de perturbations comme le bégaiement, les tremblements, les malaises.

L'homme est un tissu de relations. Condamnés à vivre en société, et quelle que soit la forme d'organisation sociale, la satisfaction des besoins fondamentaux oblige les hommes à entrer en contact les uns avec les autres et cela de façon réciproque. Au sein de toute structure, ce sont des chaînes de relations humaines.

Dans l'univers médical et précisément dans le milieu hospitalier, s'établit la

---

<sup>164</sup> *Le Nouveau Petit Robert, Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Texte remanié et amplifié sous la direction de REY-DELBOVE Josette et REY Alain, Préface de Paul Robert, Paris, Le Robert, 1993, p. 2226.

rencontre entre deux personnes : le médecin et le patient, le soignant et le soigné. De cette rencontre naît une relation appelée relation soignant-soigné ou médecin-patient. Cette relation est caractérisée par une série de facteurs et est créée grâce à la communication incluant des échanges d'informations entre autre.

Le fondement de la relation médecin / patient est basé sur les principes éthiques du respect de l'individu, du consentement éclairé et de la confidentialité.

La relation médecin-malade est un rapport unique entre une personne affaiblie par la maladie et un professionnel de la santé avec des compétences reconnues. Cette relation impose que chacun des deux individus soient réunis par un entretien. Alors que le malade attend de son médecin guérison, réassurance, sécurité et affection, ce dernier par contre porte la lourde responsabilité de bien diagnostiquer la maladie, tout en acceptant les risques encourus. Entre eux, s'établit donc un échange qui doit passer d'abord par l'entretien et ensuite par les soins, l'écoute, la confiance et l'incertitude vis-à-vis des résultats attendus. Cet échange verbal et thérapeutique leur permet donc d'aboutir à une relation solide et nécessaire et de mener à bien le combat contre la maladie. Seulement, ce combat souvent mené avec beaucoup d'émotion peut aussi être lourd de conséquences.

Il faut noter à ce titre que la relation médecin-malade est déterminée par plusieurs facteurs, notamment la personnalité du médecin et du malade, la disponibilité du médecin, son histoire propre, son appartenance sociale, sa sensibilité face à la souffrance du malade, son degré de religiosité, sa formation et sa conscience professionnelle. De plus, les désirs du médecin de mieux comprendre, savoir plus et soulager ainsi que sa neutralité affective et morale sont aussi susceptibles d'infléchir le cours de la relation thérapeutique.

De ce fait, la relation de qualité médecin-malade, qui sous-entend la capacité de se mettre dans la peau du malade et de comprendre sa souffrance tout en gardant son objectivité, mène littéralement à une bonne relation thérapeutique. L'impact de la relation médecin-malade sur la vie thérapeutique et psychique du patient hospitalisé ou mourant a été reconnu par tous les enquêtés.

La relation médecins et malades doit se baser sur une grande justice au risque d'être de bas étage. Les uns et les autres gagnent beaucoup à la fonder sur toute l'égalité possible, sur la loyauté, sur une utile coopération pour combattre ensemble un même adversaire.

Il importe de souligner que la relation médecin-malade avant d'être une relation thérapeutique où l'on commence à parler probablement de radiographie, de scanner, d'analyses ou soins, doit reposer sur une communication verbale et tacite, un dialogue basé sur la confiance et une écoute attentive et vigilante.

Aussi, cette communication empathique qui insinue bien évidemment la capacité de se représenter la douleur ressentie par le malade, sans avoir pour autant vécu une pareille expérience est souvent génératrice de confiance, de compréhension, de coopération et d'attachement.

Une méconnaissance de l'autre dans la relation soignant-soigné peut très vite mener à des malentendus qui provoqueront, entre autres, un manque de confiance, une rupture de suivi, une inobservance thérapeutique de la part des patients ainsi qu'un sentiment de frustration et d'incompréhension de la part du personnel soignant, un aspect d'ailleurs révélé par les entretiens de notre travail empirique sur le terrain.

### **Appréciation critique des résultats du questionnaire**

Comme nous l'avons déjà mentionné ci-dessus, la qualité de l'accueil est capitale pour un patient qui arrive dans une institution hospitalière. Cet accueil a été diversement apprécié. Conformément aux résultats du questionnaire, l'accueil selon les patients est au top. Le pourcentage est de 61,3%. C'est dire qu'il est bon.

Ces résultats sont malheureusement biaisés et plusieurs raisons justifient cela :

**1<sup>ère</sup>** : malgré les explications pour convaincre les patients, ces derniers doutent de notre sincérité et ont peur que ce qu'ils auront dit peut se retourner contre eux. Ils n'ont pas compris la portée, l'importance d'une enquête qualitative visant à améliorer leurs conditions de séjour à l'hôpital. Ces enquêtés ont continué de croire que les éléments de réponses de l'enquête seront utilisés contre eux et que les agents de santé vont les prendre en aversion. Et par conséquent, toute déclaration objective risque de compromettre leur séjour. Il y a donc la peur de représailles de la part des agents de santé.

**2<sup>ème</sup>** : Selon eux, si la situation est mauvaise, ce n'est pas de leur bouche à eux que l'Etat l'apprendra, cela ne sortira pas d'eux. Mieux, le patient estime qu'il ne revient pas à lui de révéler les mauvaises pratiques des soignants. Ils sont eux des passagers et ne peuvent guère remplacer l'Etat pour apprécier un agent.

Les agents de santé sont par ailleurs considérés comme des demi-dieux, des êtres infailibles. Et comme certains agents se plaisent à le dire « *Après Dieu, c'est nous* ». Un autre aspect est l'ignorance de ses droits. Le malade en effet, ne sait pas que c'est à lui de dire, de dénoncer, ce qui ne va pas et que cela représente son droit.

La même question sur l'accueil chez les soignants, donne 64,3%. Résultats qui témoignent que les agents de santé accueillent bien leurs malades. La

particularité ici, est qu'entre eux collègues, l'accueil est amélioré.

Mais en vérité, c'est un accueil sélectif, qui n'est pas désintéressé. Généralement, si on est bien accueilli, c'est dû à la même appartenance politique, religieuse, à la même région, etc.

Chez les parents des patients, le résultat est 53,8%. Apparemment, ils acceptent que l'accueil est bon. Mais en réalité, c'est eux qui souffrent les pires propos injurieux, les refus de ci et de ça, les diverses interactions, les diverses formes d'escroqueries.

Au total, la question de l'accueil dans les hôpitaux est une question globale qui relève de l'éducation globale de l'agent de Santé. Par contre, on en trouve de bien éduqués avec des propos bien courtois, de propos respectueux.

Pour la question relative aux informations à donner au malade sur l'état de sa santé, à répondre aux inquiétudes du patient sur sa maladie, il y a deux points de vue :

Point de vue des patients. Résultat : 74,2%. La majorité des patients estime avoir toujours eu des explications sur l'état de leur santé de même que les parents des patients.

Mais la réalité c'est tout le contraire car nul n'ignore ce qui se passe au sein de nos hôpitaux. Lorsque vous cherchez à avoir plus d'information sur votre état de santé, vous êtes parfois rabouillés et votre question n'est pas prise en compte.

Le point de vue des soignants. Le résultat est 57,1%. Ils allèguent avoir toujours expliqué tout acte médical. Et pourtant, ils n'ont pas souvent le temps d'expliquer ni la cause, ni les préventions de la maladie. La preuve est que l'IEC (Information, Education et communication), aujourd'hui appelée CCC, (Communication pour un Changement de Comportements) n'existe plus.

Résultat de la question sur les évènements malheureux : 11,3% des personnes interrogées ont reconnus avoir assisté à des évènements malheureux tels que (accident d'anesthésie, erreurs médicales,...).

Les erreurs médicales ou les fautes commises dans l'exercice de leur fonction sont de plus en plus nombreuses à cause de l'impunité des auteurs, à cause du non suivi de l'organisation du système sanitaire et du fait que les personnels qualifiés abandonnent les soins au profit des fonctions administratives pour lesquelles ils n'ont pas été formés. On note une inversion des valeurs professionnelles où le personnel très peu qualifié reste au service des malades et le peu de personnels soignants qualifiés va en aventure dans nos administrations. C'est ce qui justifie la multiplicité des évènements malheureux, la prolifération des cabinets sans autorisation et la médiocrité de la qualité des soins donnés aux malades, victimes de toutes les affres.

Un autre point est la collaboration entre l'équipe de santé. Le travail en équipe a cédé place au travail individuel. Il y a la guerre d'écoles, qui empêche d'harmoniser les points de vue par rapport aux pathologies. Le complexe d'infériorité et de supériorité, la cupidité, l'orgueil sont les tares qui bloquent la franche collaboration entre les cadres des formations sanitaires au Bénin. La tendance à l'escroquerie éloigne les uns des autres.

Les patients n'ont pas trouvé d'inconvénients sur les rapports entre eux et les soignants. Cependant, la relation entre soignant et soignant se révèle être une relation de soumission et de respect des consignes du soignant. Une relation d'infériorité qui met le malade dans une position d'incapacité de poser des questions d'éclaircissement à son soignant. Les soignants ont également estimé qu'ils ont de bons rapports avec leurs malades et que la relation est au top

niveau.

Mais en réalité, ils ont des comportements médiocres. Notons qu'il y a des gens parmi eux à qui la souffrance humaine n'a aucun effet. Il y en a qui sont absentéistes dont les malades ne peuvent pas être pris en compte par un de leurs collègues.

## **7.2. Les aspects « connaissances et compétences »**

Incontestablement, le CNHU emploie un personnel compétent ayant des connaissances normatives. L'organisation du service est un peu défectueuse à cause de la forte connotation du mandarinat, c'est-à-dire que le plus ancien soumet le moins ancien. C'est ce qui explique que chaque malade est destiné à son médecin même si ce n'est pas lui-même qui a choisi ce dernier. La conséquence est que bon gré mal gré, on est fixé au soignant qui vous a reçu pour la première fois et en cas d'absence de médecin, personne n'est disposée à vous recevoir, sauf par dérogation.

Les compétences ne se complètent pas mais elles sont individualisées. Les compétences sont émiettées parce qu'il n'y a pas un esprit de travail en équipe. Le travail individuel prend le pas sur le travail en équipe.

Pour preuve, le Bénin est en tête de liste pour les évacuations sanitaires en Afrique au sud du Sahara<sup>165</sup>, parce que les médecins béninois ne créent pas une synergie de leurs connaissances et un gain dans les évacuations sanitaires.

Malheureusement, le système ne prépare pas de relève. Par exemple, l'année 2016-2017, les médecins en année de spécialisation ont été bloqués par

---

<sup>165</sup> - Résolution issue de la 1ère Conférence Internationale de la médecine francophone tenue au Bénin (CIMESEF)

l'administration, pour des prétextes fallacieux tels que s'ils s'en vont, ils ne reviendront plus. C'est la belle preuve que le système est bloqué et malade pris en otage.

### **7.3. L'insuffisance des ressources humaines, financières et matérielles**

**Sur le plan des ressources humaines**, la corporation médicale est écartelée entre les fonctions administratives et fonctions techniques et professionnelles. Les professionnels de la santé préfèrent aller dans les administrations pour créer des facilités d'existence au plan financier et matériel que de rester auprès des malades. On note alors une pénurie artificielle du personnel soignant dans les hôpitaux.

Le peu de personnel de soins qui reste est confronté au manque de matériels médico-techniques. Ils sont submergés par le travail et la qualité des soins en souffre.

**Sur le plan des ressources matérielles**, le matériel de travail est vétuste, insuffisant et parmi le peu existant, certains indéliçables les subtilisent pour un usage personnel dans leurs cabinets sans les retourner.

Toujours sur le plan matériel, l'inexistence de la carte sanitaire fait que le matériel est inégalement réparti. Le plateau technique n'est pas respecté. Les relations personnelles rentrent en jeu dans la répartition et ne tient pas compte des niveaux de la pyramide sanitaire. (La carte sanitaire est un dispositif des mesures prises pour réglementer le nombre et le type de matériels médico-sanitaires qu'on peut mettre à chaque niveau de la pyramide sanitaire : UVS, CSA, CSC, HZ, CHD, HU et HN)

**Sur le plan des ressources financières,** la loi n°444 du 18 novembre 1988 a consacré que les médicaments peuvent être vendus et les fonds gardés dans les formations sanitaires. C'est cette loi qui a fait des formations sanitaires, des commerçants et vendeurs de tout dans les formations sanitaires.

En effet, le malade ne bénéficie gratuitement de rien malgré la déclaration de la politique de l'Etat qui parle de la gratuité de la césarienne, du paludisme, du fonds des indigents, etc., rien n'est donné, rien est gratuit.

#### **7.4. Suggestions et recommandations**

Pour résoudre tous les problèmes signalés dans ce chapitre, certains chercheurs vont jusqu'à suggérer une association de la médecine traditionnelle à la médecine moderne. Notre étude signale qu'il ne faut pas exacerber le problème en cherchant à le résoudre autrement. Cependant, leur suggestion ne manque pas de pertinence et d'intérêt. Notre avis dans cette étude est de proposer à la médecine moderne, qui a déjà fait ses preuves de continuer à s'humaniser.

Beaucoup d'aspects de la médecine traditionnelle exploitent cette proposition dans la prise en charge de ses malades. En outre, notre conviction est que tant que les aspects philosophiques présentés dans ce travail ne seront pas exploités et mis en œuvre, on aura beau investir en ressources humaines, matérielles et financières, aucune issue durable ne sera trouvée à ce problème. Car il s'agit là d'une question de « pauvreté éthique » comme le souligne Munday Félicien dans son étude<sup>166</sup>.

---

<sup>166</sup> Félicien MUNDAY MULOP, *Philosophie et prévention du VIH/SIDA en Afrique. La pauvreté éthique comme justification de la persistance des comportements à risque d'infection par le VIH*, Saarbrücken, éditions universitaires européennes, 2011.

En réalité, la médecine moderne présente aujourd'hui des limites tant dans son diagnostic que dans son traitement. La médecine moderne n'arrive pas toujours à décider sur les causes de maladie. La plupart des médicaments des pharmacies sont des produits synthétiques qui présentent des inconvénients.

Pour terminer ce chapitre, nous proposons et suggérons,

- d'introduire les cours d'éthique et de déontologie dans le cursus de formation des médecins et des paramédicaux ;
- d'élaborer un arsenal juridique en droit de santé pour combler le vide juridique en établissant une séparation entre le système sanitaire et le système judiciaire afin de limiter les comportements indésirables et de réduire les cas de violations du droit des malades ;
- de créer des sources de motivation au personnel de soins : lettres de félicitation, tableau d'honneur, remise de cadeaux, gratification par prime ou par voyage d'agrément, etc. ;
- de sensibiliser les parties prenantes à une éthique de responsabilité et ne pas l'habituer à la contrainte et aux sanctions punitives.
- À l'endroit des patients des actions doivent être menées. Par exemple créer une structure ou un dispositif qui se chargera de sensibiliser les patients, mieux les populations en général. Car en réalité, elles s'enferment souvent dans des considérations socio-culturelles. Lorsque quelqu'un a un problème au centre de santé, c'est le sorcier du village, c'est quelqu'un qui l'a envouté, c'est quelqu'un qui lui a fait ceci, même si c'est arrivé par un agent de santé ; de sorte que c'est dans la société que se trouve la cause de ce qui est arrivé et non dans la pratique médicale. Alors, comment sensibiliser aujourd'hui la population de manière à ce que, s'il y a faute déontologique sur un patient cela soit sanctionné ? Comment réagir pour que, celui qui est au cœur, soit poursuivi ? C'est pour répondre à ces préoccupations que nous suggérons la nécessité d'un dispositif pour aider au changement d'une telle mentalité.

Mentalité qui les empêche de dénoncer les soignants indéliçats ou négligents afin de laisser la justice faire son travail. Un tel dispositif pourra donc aider à sensibiliser les populations à sortir de ce schéma d'explication socio-culturelle qui empêche de responsabiliser les agents de santé en cas de faute.

## **CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE**

Dans cette partie purement empirique et positiviste, nous avons d'une part évalué la qualité des soins au Bénin, et d'autre part, examiné les fondamentaux de l'éthique médicale et du care grâce aux méthodes et techniques de recherches appropriées. Nous avons interrogé l'éthique pour proposer une nouvelle éthique déontologique des soins au Bénin.

Deux grands moments sont apparus dans cette partie méthodologique, le premier heuristique et le second herméneutique. Les données sériées en trois grandes catégories, les patients, les parents des patients et les soignants, confirment l'écart, le problème dans la prise en charge des malades dans nos formations médicales.

Toutes les données confirment notre hypothèse selon laquelle, le manque d'éthique des soins et de déontologie médicale est à la base de la mauvaise qualité de soins dans nos formations médicales.

**3<sup>EME</sup> PARTIE :**  
**DE L'ETHIQUE MEDICALE DEONTOLOGIQUE**  
**A L'ETHIQUE DU CARE AU BENIN**

Le diagnostic peu reluisant de la pratique médicale au Bénin, impose une redynamisation de l'exercice de la profession médicale et ce de façon concrète.

Cet impératif impose une réflexion stratégique et pédagogique. C'est ce qui sera réalisé dans cette partie à travers,

- le chapitre huitième portant sur l'importance de l'éthique du care au Bénin ;
- le neuvième chapitre intitulé « pour une philosophie des soins au Bénin » ; et
- le dernier chapitre de cette étude, consacré aux stratégies éthiques pour une philosophie du soin au Bénin.

Cette dernière partie constitue notre contribution à la qualité des soins de santé au Bénin. Cette étude aboutit concrètement à des stratégies éthiques pour une philosophie du soin au Bénin. Ces stratégies se conforment à une éthique médicale responsable et à une déontologie de la profession sanitaire.

## **CHAPITRE HUITIEME : IMPORTANCE DE L'ETHIQUE DU CARE AU BENIN**

Ce chapitre a comme objet de présenter la réalité et l'importance de l'éthique médicale, c'est-à-dire d'exposer sa manifestation à travers les comportements des acteurs de soins.

## **8.1. L'état des lieux de l'éthique médicale déontologique au Bénin**

L'enquête menée par cette étude montre que les mécanismes de surveillance de la continuité, de l'innocuité et de l'efficacité des soins hospitaliers sont quasi-inexistants au Bénin. Le développement d'un système de management de la qualité des soins en milieu hospitalier se révèle comme une nécessité.

Cela implique une réforme hospitalière qui appelle entre autres à l'amélioration de la bonne gouvernance en milieu hospitalier comme le réclame le Plan National de Développement sanitaire au Bénin<sup>167</sup>.

### **8.1.1. Emergence d'une éthique minimaliste**

Un des phénomènes récemment apparus dans nos établissements sanitaires ou centres hospitaliers est l'émergence de comportements de transgression et de nuisance sociale et la persistance d'une acceptation tacite de ces comportements considérés par endroits comme inévitables, ou vécus ailleurs comme impossibles à contrôler. Il se développe des façons d'être, de vivre ou de faire qui ne tiennent pas compte des règles minimales de la vie en commun. Les règles existent toujours, elles sont connues, les interdits sont posés ; cependant ils ne remplissent plus leur rôle de garde-fou, car il y a de moins en moins de médecins et de paramédicaux qui acceptent de s'y soumettre.

En effet, une proportion de plus en plus importante de professionnels de nos centres hospitaliers manifeste une indifférence face à la question de l'éthique médicale et déontologique et se comporte quotidiennement comme s'il n'y avait aucune réglementation en la matière. Les actes posés ainsi que les comportements développés sont inquiétants. Nous pourrions en citer quelques-uns, non pas ici dans le but de jeter un pavé dans la mare, mais dans la

---

<sup>167</sup> Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018-Bénin, pp.48-49.

perspective d'inviter chacun à se regarder dans le miroir, exercice classique considéré comme condition d'un progrès professionnel.

Il ne semble pas fondamentalement nécessaire de revenir sur certains aspects de la question précédemment analysés, mais la liste suivante, sans être exhaustive, relève quelques tares à éradiquer sous peine de compromettre définitivement l'avenir des centres hospitaliers au Bénin. Il s'agit de : du non-respect de l'individu, de la non-prise en compte du consentement éclairé, de l'administration autocratique des soins, de la banalisation de la souffrance du patient, de la non disponibilité qui se traduit souvent par les absences répétées au centre hospitalier public ou des retards, du non-respect de la confidentialité, etc.

### **8.1.2. Nécessité et rôle des comités éthiques**

De tout ce qui précède, il y a nécessité de confirmer la nécessité des comités éthiques au Bénin. Faisons remarquer déjà que, la création et l'existence des Comités éthiques relèvent d'une exigence internationale et devrait être concrétisée dans tous les Etats. Mais qu'en est-il au Bénin ? Pour répondre à cette préoccupation, qu'appelle-t-on comité d'éthique ?

Ce n'est plus un secret de polichinelle qu'aujourd'hui la société contemporaine a beaucoup évolué sur le plan des connaissances scientifiques. Cette évolution est apparue amplifiée et même démesurée par le progrès de la biotechnologie notamment dans les sciences biomédicales, avec le pouvoir de manipulation des mécanismes vitaux. Evidemment, le pouvoir de modifier la vie humaine, et de transformer le développement du vivant par les manipulations génétiques s'est accru.

Cependant, ces avancées de la science biologique et biomédicale suscitent des

interrogations et des craintes, à tous les échelons de la société.

En effet, les nouveaux exploits de la connaissance scientifique ont engendré une révolution dans le monde en général et dans la vie humaine en particulier. Par exemple, dans le domaine de la procréation, les progrès accomplis dans les sciences biomédicales et biologiques annoncent des changements radicaux dans les rapports de l'homme à son corps et son devenir.

La volonté individuelle et la science médicale suffisent aujourd'hui pour que la vie soit donnée. Avec des techniques de plus en plus sûres<sup>168</sup>, il est aujourd'hui possible de procéder à une fécondation humaine *in vitro*, d'implanter ensuite un embryon dans le corps d'une femme qui n'est pas nécessairement la mère. Un tel succès nous réserve certes des espérances, mais aussi des craintes. C'est à juste titre que l'éminent spécialiste Robert Badinter fait remarquer à propos de la *fécondation in vitro et transfert d'embryons avec mère porteuse* qu' :

*« Au-delà des règles juridiques, c'est notre conception multiséculaire de la filiation qui est radicalement transformée. Voici que l'enfant n'est plus obligatoirement conçu dans le ventre de sa mère, et que la femme à qui il doit d'être conçu n'est plus nécessairement celle qui le mettra au monde. Et que les parents à qui l'enfant doit la vie peuvent être plus de deux »*<sup>169</sup>.

En conséquence,

*« Cette situation, entièrement nouvelle dans l'histoire de*

---

<sup>168</sup> cfr Les théories biomédicales, notamment la *Fécondation in vitro et la transplantation d'embryons* (FIVETE).

<sup>169</sup> Robert BADINTER, Discours prononcé le 18 mars 1985 à la Conférence sur les droits de l'Homme organisé par le Conseil de l'Europe.

*l'humanité, non seulement vacille notre ordre juridique traditionnel, mais aussi, ce qui est plus important encore, notre idée même de la filiation reposant sur le trinôme : le père-la mère-l'enfant ou au moins le binôme : la mère et l'enfant»<sup>170</sup>.*

On voit bien que ces multiples connaissances scientifiques ont des répercussions sur nous, changeant même les repères les plus familiers de notre vie.

Par ailleurs, les droits de l'homme sont bafoués et sur le plan juridique. L'homme de droit se voit impuissant devant ces situations nouvelles pour lesquelles, il n'existe pas encore d'instruments juridiques ou un arsenal juridique adéquat. Ainsi, pour ces questions qui évoluent très vite et où il n'y a pas encore des lois précises, le code pénal de différents pays a de la peine à suivre. Car, comme dit la doctrine, « *Nulla poena sine lege* », il n'y a pas de sanction sans loi ou réglementation.

En raison donc de ces implications sociales, morales et éthiques, une réflexion approfondie s'avère nécessaire pour accompagner la révolution scientifique afin de protéger l'espèce humaine contre toute dérive issue d'une mauvaise utilisation et ce, d'autant plus, que des valeurs traditionnelles sont dépassées par la biotechnologie.

Fondamentalement, concernant la profession médicale, l'incapacité de la justice à se prononcer sur certaines affaires cliniques a conduit à la mise en place d'une équipe constituée des experts de plusieurs domaines de la science humaine. Cette équipe aura comme tâche d'étudier et de trouver les solutions adéquates à tous les problèmes cliniques susceptibles d'engager les conflits entre les personnels médicaux et les patients ou leurs proches. C'est déjà là le début

---

<sup>170</sup> Ibidem.

d'une nouvelle période où les décisions médicales concernant un patient n'appartiennent plus uniquement à son médecin. Le processus de prise de décision médicale devint le domaine de nombreux étrangers à la profession, juges, avocats, éthiciens et législateurs rejoignent le médecin au chevet du patient.

Pour emprunter les mots de M. Bedjaoui,

*« nous sommes parvenus à un stade de connaissances qui confère à l'Homme une liberté mais qui exige de lui un engagement responsable pour éviter les dérives »<sup>171</sup>.*

C'est dans ce contexte qu'est née l'idée de comité d'éthique. Ils constituent une nouvelle manière de penser les rapports entre l'homme et la science. Ils consistent à identifier les enjeux éthiques de la science, de la vie et s'assurer que ce nouveau pouvoir détenu par la recherche n'entame pas la dignité humaine et ne remet pas en cause, en même temps les progrès scientifiques et technologiques dont on connaît les avantages que peuvent tirer les générations actuelles et futures.

Rappelons que l'apparition des comités d'éthique fut l'une des composantes du mouvement bioéthique dont l'avènement est lié à des origines multiples : la multiplication des problèmes posés par le développement des sciences, l'abus de l'expérimentation sur l'homme, la mainmise croissante sur l'homme de la naissance à la mort, etc.

---

<sup>171</sup> « BIOTECHNOLOGIES ET LES DEFIS LANCES A L'ETHIQUE », conférence du Pr B. HAMZA, Président du Comité National d'Éthique Médicale – Tunisie, Universités Tunisiennes et l'Association des Chercheurs et Enseignants tunisiens en France : ECETE forum 2002 – « Les biotechnologies : Recherche, développement et éthique », Tunis, les 26 et 27 juillet 2002.

C'est la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme, du 19 octobre 2005 qui nous parle des Comités éthiques et de leurs rôles. En son Article 19, intitulé les Comités d'éthique, nous pouvons lire ce qui suit :

« Des comités d'éthique indépendants, pluridisciplinaires et pluralistes devraient être mis en place, encouragés et soutenus, au niveau approprié, pour :

*(a) évaluer les problèmes éthiques, juridiques, scientifiques et sociaux pertinents relatifs aux projets de recherche concernant des êtres humains ;*

*(b) fournir des avis sur les problèmes éthiques qui se posent dans des contextes cliniques ;*

*(c) évaluer les progrès scientifiques et technologiques, formuler des recommandations et contribuer à l'élaboration de principes directeurs sur les questions relevant de la présente Déclaration ;*

*(d) favoriser le débat, l'éducation ainsi que la sensibilisation et la mobilisation du public en matière de bioéthique »<sup>172</sup>.*

Mais qu'appelle-t-on comité d'éthique ? Quel est son rôle ?

Selon Jacqueline Dalcq-Depoorter, Avocat au barreau de Bruxelles, Membre du Comité consultatif de bioéthique de Belgique :

*« Le terme désigne diverses structures appelées à donner des avis dans le domaine de la bioéthique à différents*

---

<sup>172</sup> Cité par W. BONGO-PASI, *Cours de bioéthique*, p. 23.

*niveaux : local, national et supranational*»<sup>173</sup>.

A quelque niveau qu'elles se situent, ces structures sont des lieux de discussion à caractère pluridisciplinaire et pluraliste. On distingue les comités d'éthique locaux qui regroupent les comités d'expérimentation humaine et les comités d'éthique clinique ; les comités d'éthique nationaux.

Les comités d'éthique locaux, ceux que doit posséder le Bénin, ont un double rôle :

- D'une part, ils sont un organe de réflexion qui a pour mission de définir la ligne éthique de la pratique d'une institution hospitalière et d'apporter une aide à la décision lorsqu'un médecin éprouve des difficultés d'ordre éthique dans une démarche diagnostique ou le traitement d'une maladie.
- D'autre part, toute recherche biomédicale impliquant des sujets humains nécessite la rédaction d'un protocole qui doit être soumis à un comité d'éthique médicale. Point n'est besoin de rappeler une fois encore que c'est l'expérimentation sur les êtres humains qui a été le premier moteur de la naissance des comités d'éthique.

On note à ce niveau de façon plus explicite, que l'objectif général des comités d'éthique est en réalité, de concilier l'impératif de la recherche sur le vivant, biologique et biotechnologique avec le primat de la protection des personnes, la sauvegarde de l'homme et ses droits fondamentaux, en un mot du respect de la dignité humaine. Il importe, alors, d'avoir constamment à l'esprit que l'être humain est une valeur en soi et qui doit être respectée indépendamment des avantages que peut tirer la société du progrès de la science.

---

<sup>173</sup> Jacqueline DALCQ-DEPOORTER, *Utilité des Comités éthiques*, Bruxelles, De Boeck, 1999, p. 54.

Ces progrès soulèvent en effet, des enjeux qui concernent actuellement de sérieuses questions<sup>174</sup> et qui doivent nous faire réfléchir aux frontières entre ce qui est souhaitable et des prétentions inacceptables. A titre d'exemple, nous pouvons citer :

- la maîtrise de la procréation médicalement assistée ;
- le diagnostic pré-implantatoire ;
- le diagnostic prénatal ;
- les xénogreffes ;
- la thérapie cellulaire xénogénique ;
- la thérapie cellulaire ;
  - cellules fœtales ;
  - cellules souches embryonnaires
- le clonage reproductif et thérapeutique ;
- la médecine prédictive.

A ces développements, devons-nous céder sans réflexion ni frein ? Certes non. Car, si à la limite on peut admettre que la science appartient aux seuls hommes de science, l'éthique des conséquences de la science appartient à tous les citoyens. C'est le domaine de l'éthique conséquentielle. La réflexion éthique devrait être l'affaire de tout le monde. Se taire, c'est donc se rendre coupable.

La responsabilité première d'un comité d'éthique de la recherche est de protéger les participants potentiels, mais il doit aussi tenir compte des risques et avantages potentiels pour la communauté dans laquelle l'étude se déroule, son but ultime étant de promouvoir le respect de normes éthiques élevées dans la recherche en santé.

---

<sup>174</sup> Cfr les idées développées au niveau des théories biomédicales.

La réflexion bioéthique, suscitée par le progrès des disciplines biomédicales dans les années soixante, s'est peu à peu imposée comme le complément nécessaire et naturel d'une science et d'une technologie totalement intégrées à la production, et dont il faut désormais gérer les produits et leurs effets. Cette réflexion des Comités d'éthique nationaux semble assurer une sorte de transition entre la société civile et ses gouvernants, et faire office de garant démocratique.

Dans les universités et les centres de recherches, elle a conquis les titres d'une discipline spécialisée qui s'enseigne et se diffuse à travers une production littéraire experte chaque jour plus imposante. Le fait qu'elle appartienne désormais au paysage de nos savoirs nous dispense-t-il d'en interroger l'évidence ?

S'il y a une contribution possible de la philosophie à la réflexion bioéthique, elle passe par cette question, que l'on déclinerait de la manière suivante :

- Premièrement, qu'attend-on généralement de l'éthique lorsqu'elle est appliquée à notre connaissance et à notre transformation du bios ?
- Deuxièmement : que propose la philosophie en matière d'éthique et quels bénéfices pourrait en tirer la réflexion bioéthique ?
- Troisièmement : comment agencer bioéthique et biopolitique, et être à la hauteur de l'exigence démocratique ?

## **8.2. L'éthique du care entre l'éthique médicale et l'éthique déontologique**

Dans cette étude, nous nous sommes évertuée à montrer l'écart qu'il y a entre ce qui devrait être fait et ce qui se fait en matière de prise en charge et des soins dans les formations médicales du Bénin. Il existe une éthique médicale et déontologique dans ces milieux. Mais il s'avère nécessaire d'aller au-delà de cet

état des choses. Il est nécessaire de passer de l'éthique médicale et déontologique à une éthique du care au Bénin.

A ce niveau, une brève clarification sera faite sur la notion du care. La revue de la littérature sur ce point montre toute la richesse de l'éthique de care et sa pertinence dans la prise en considération des facteurs susceptibles d'améliorer la pratique médicale au Bénin en vue des soins de meilleure qualité. Nous voudrions montrer que l'éthique du care fait partie de la bioéthique et de l'éthique déontologique, car elle est un moyen normatif de correction de cet écart constaté sur le terrain.

### **8.2.1. Considérations théoriques sur l'éthique de Care**

Avant d'aborder les différentes perceptions de ce concept « *Care* » qui sont données par certains auteurs, il serait important de donner son historique et sa définition. En effet, *Care* est un concept jeune qui est né aux Etats-Unis en 1970, arrivé en Europe en 1971 et encore inconnu en Afrique et au Bénin. *Care*, mot anglais, est à la fois un verbe et un substantif. Comme verbe, il peut être traduit en français selon le contexte par « s'occuper de », « faire attention à », « prendre soin de », « se soucier de ». Comme substantif, il peut être traduit en français par « soins », « attention », « sollicitude ».

L'éthique du care, dans sa visée originale est issue de la pensée féministe, mais elle a aujourd'hui tendance à s'affranchir de ses origines et à s'étendre à la sphère politique. Elle ne s'oppose pas à la valeur de l'autonomie ni celle de la justice envisagées des points de vue universalistes et sexuelle, mais au contraire elle définit les conditions de leur effectivité. L'autonomie ne peut être considérée comme un principe mais comme un horizon en voyant l'individu en devenir c'est pour cette raison que nous disons que l'éthique du care est un

projet de vie. Quant à la justice, elle ne prend un sens véritable que si elle est le fruit du souci des autres et de soi-même comme personnes vulnérables.

Joan Tronto associe le *care* aux termes de sollicitude et/ou le soin. Il concerne non seulement le secours aux plus démunis, mais aussi il est indispensable à la vie de chaque être humain. Le *caring* concerne tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre monde, de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Le *care* ne se limite pas seulement aux interactions que les humains ont avec les autres. Il faut aussi inclure les soins que nous pouvons apporter à des objets et à notre environnement. Dans son ouvrage « *Un monde vulnérable. Pour une politique du care* », Joan Tronto espère de voir s'affirmer un monde où la sollicitude des personnes les unes pour les autres serait un principe valorisé de l'existence humaine<sup>175</sup>.

Par peur d'une quelconque dévalorisation du *care*, il est à noter qu'il faut éviter le confinement historique du *care* à l'espace privé reflétant une certaine division sexuelle du travail. En d'autres termes, le *care* ne relève pas d'un instinct «naturellement féminin» mais repose sur la mise en œuvre d'un savoir particulier, actualisé dans des savoir-faire requérant un apprentissage.

Pour Joan Watson le prendre soin est considéré comme une pratique concrète qui se déploie selon un processus qui comporte quatre phases : « *caring out* » (se soucier de), « *taking care of* » (prendre en charge), « *care giving* » (prendre soin), « *care receiving* » (recevoir le soin)<sup>176</sup>.

Quant à Walter Hesbeen, prendre soin, c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et cela dans la

---

<sup>175</sup> Joan TRONTO, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte, 2009 [1993].

<sup>176</sup>Joan WATSON, « Le *caring*: philosophie et science des soins infirmiers », in [http://books.google.fr/books/about/Le\\_caring.html?hl=fr&id=3b9LAAAACAAJ](http://books.google.fr/books/about/Le_caring.html?hl=fr&id=3b9LAAAACAAJ), consulté le 15/12/16.

perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé<sup>177</sup>.

Selon Sandra Laugier, les éthiques du *care* ont comme importance les soins et l'attention portés aux autres, particulièrement ceux dont la vie et le bien-être dépendent d'une attention particularisée, continue et quotidienne<sup>178</sup>.

La psychologue Carol Gilligan considère le *care* comme la manière dont les individus se préoccupent et s'occupent à la fois d'eux-mêmes et des autres. Cette conception éthique est loin de se limiter à l'impartialité, ni à des principes abstraits de justice. Pour le *care*, l'éthique et le politique sont au-delà des questions de genre. L'éthique du *care* nous invite à une meilleure prise en compte de la disposition morale dans les relations humaines<sup>179</sup>.

Laurent Ravez estime que les activités du « prendre soin » ont pour objectif la prise en charge des besoins des autres. Ceci est possible à travers une relation directe entre un intervenant et un bénéficiaire en tenant compte du fait que le bénéficiaire ne pourrait pas répondre seul à ces besoins. Laurent Ravez propose un modèle pour bien saisir ce qu'est le prendre soin. Ce modèle envisage le prendre soin comme un processus en quatre phases interconnectées :

1. **Etre attentif.** C'est reconnaître et accepter que les autres puissent avoir des besoins particuliers qui peuvent être rencontrés.
2. **S'investir.** Après avoir reconnu les besoins de l'autre, accepter que quelque chose peut-être fait et qu'elle sera efficace.
3. **Soigner :** C'est s'engager concrètement et physiquement dans les soins.

---

<sup>177</sup> Walter HESBEEN, *Prendre soin à l'hôpital: inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1997.

<sup>178</sup>Sandra LAUGIER, « Politique du care contre société du soin », in <http://blogs.mediapart.fr/blog/sandra-laugier/210410/politique-du-care-contre-societe-du-soin>, consulté le 20 décembre 2016.

<sup>179</sup> Carol GILLIGAN, « L'éthique du care », in <http://www.franceculture.fr/oeuvre-carol-gilligan-et-l-ethique-du-care-de-vanessa-nurock>, consulté le 20 décembre 2016.

4. **Se soucier de la réponse du bénéficiaire** : C'est estimer dans quelle mesure les besoins exprimés ont été bien rencontrés<sup>180</sup>.

Rennie Stuart fait un parallélisme en relevant deux contextes qui sont différents de la médecine : le monde développé et le monde en développement, les cliniques de l'abondance et les cliniques de la pauvreté.

- Dans « **les cliniques de l'abondance** », les patients sont dans un système de santé où les soignants travaillent en tant qu'équipe hautement spécialisée. La compétence technique des soins de santé y est aussi hautement élevée. Il peut arriver que la sollicitude du soignant soit passablement basse. Cette faiblesse peut être expliquée par la multiplicité du personnel soignant qui examine le patient avec comme conséquence pour le patient le manque du souvenir du nom du soignant et du rôle joué par celui-ci.
- Dans les « **cliniques de la pauvreté** » par contre, la proportion de médecins ou celle des infirmiers par patient est bien connue. On peut se retrouver devant diverses situations, telles qu'on a un médecin ou un infirmier pour des milliers de patients, ou encore qu'on manque des médicaments, des appareils ainsi que des équipements médicaux. La plupart de ces médecins sont sous-payés et ils travaillent dans des conditions épouvantables. Les conséquences de tout ce qui est énoncé est le contraste entre ce qui est médicalement nécessaire et ce que les soignants peuvent réellement fournir à leurs patients<sup>181</sup>.

### 8.2.2. Le *care* et l'éthique

---

<sup>180</sup> Laurent RAVEZ, « La Bioéthique : Origines et Enjeux actuels », in *La Bioéthique. Origines, Enjeux et Défis*, No 2, 2009, pp.28-29.

<sup>181</sup> Rennie STUART, « Du combat pour une conduite éthique en médecine », in *La Bioéthique. Origines, Enjeux et Défis*, n° 2, 2009, pp.61-63.

Deux penseurs se sont rendus célèbres par des maximes qui résument l'éthique du *care* : Il s'agit de :

1° **Emmanuel Kant** qui énonce : « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin, jamais simplement comme un moyen »<sup>182</sup>.

2° **Paul Ricœur**, qui dans « *Soi-même comme un autre* » définit les différentes relations qui sont en jeu : la relation avec soi-même, la relation avec les autres ainsi que la relation avec les institutions dans lesquelles on vit. La visée éthique du *care* se révèle dans :

- La relation avec soi-même par la visée d'une vie bonne ;
- La relation avec les autres par la recherche de l'amitié et de la sollicitude ;
- La relation avec les institutions par le sens de la justice et la recherche de l'égalité.

En effet, c'est par des mœurs communes et non par des règles contraignantes que l'idée d'institution se caractérise fondamentalement<sup>183</sup>.

Le *care* se comprend mieux comme un processus social organisé. Il y a quatre phases ou aspects du processus du *care*.

1. **Reconnaître**, dans un cas donné, la nécessité d'un *care*, en reconnaissant celle d'un besoin auquel on doit répondre (*caring about*)
2. **Prendre les dispositions** pour qu'il puisse trouver une réponse (*taking care of*),
3. **Donner directement** la réponse ou le soin (*care giving*),
4. **Recevoir la réponse** (*care receiving*)<sup>184</sup>.

<sup>182</sup> Emmanuel, KANT, *Fondement de la métaphysique des Mœurs*, Paris, Delagrave, 1976, 150 p.

<sup>183</sup> Paul, RICOEUR, *Soi-même comme un autre*, Paris, Edition du Seuil, 1990, 1 vol., 424 p.

<sup>184</sup> « Actes éducatifs et de soins entre éthique et gouvernance », Colloque, 2009, in <http://revel.unice.fr/symposia/actedusoin/index.html>, consulté le 20 décembre 2016.

Berenice Fisher et Joan Tronto définissent ainsi les quatre principaux éléments du *care* :

1. **l'attention** : «se soucier de» ;
2. la **responsabilité** : «prendre en charge» ;
3. la **compétence** : «prendre soin», le travail effectif qu'il est nécessaire de réaliser ;
4. la **capacité** de réponse : «recevoir le soin».

Pour ces auteurs, en associant la sollicitude et la responsabilité à la compétence, elles font du *Care* une *éthique* concrète qui se traduit dans une pratique qui ne prend tout son sens que par la capacité de réponse du récepteur de *care*, du bénéficiaire<sup>185</sup>.

Jean Watson dans son ouvrage « *S'approprier la théorie du Human Caring* », estime que la pratique soignante lors d'une situation clinique doit être essentiellement basée sur des valeurs humanistes de respect, de collaboration et d'unicité plutôt que sur l'objectivation, le contrôle et la catégorisation de la personne soignée. C'est dans le respect incontesté de la dignité humaine de la personne et de sa famille<sup>186</sup>.

Y. Jaffré et J- P. Olivier de Sardan estiment qu'un bon soignant est celui qui a de la considération pour les patients. Lorsqu'un patient se présente devant lui, il lui demande ce qu'il ressent, il ne crie pas sur lui. Il l'interroge calmement, il lui répond et il lui donne une prescription<sup>187</sup>.

---

<sup>185</sup> « Pour une politique de la sollicitude », in <http://www.carnetsdesante.fr/Pour-une-politique-de-la>, consulté le 25/ 12/ 2016.

<sup>186</sup> « S'approprier la théorie du human caring de Joan Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique », in <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/95/57.pdf>, consulté le 28/11/2016.

<sup>187</sup> Y. JAFFRE et J- P. Olivier de SARDAN, *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'ouest*, Apad, Paris, Ed. Karthala, 2003.

Pour Maurice Tubiana, « dans la relation médecin malade », il faut un certain temps avant que le patient ne se livre complètement à son médecin. Celui-ci doit apprivoiser son patient en créant un climat de confiance avec lui. C'est à travers l'écoute que le médecin doit dépister les craintes, les attentes, les fabulations du malade. Laisser parler le patient, c'est lui permettre qu'il se sente à l'aise, en confiance, sans peur d'être jugé<sup>188</sup>. Bref jouir du bonheur.

Suzanne Rameix suggère de passer du modèle moral paternaliste bienfaisant qui est centré sur le bienfait thérapeutique à un modèle moral autonomiste centré sur le respect de la liberté des personnes. Il faut dépasser l'ancien modèle pour deux raisons : d'abord le principe de bienfaisance légitime une protection du patient déjà affaibli par la maladie et assumant l'ignorance médicale. Ensuite, le médecin, par sa responsabilité, peut se substituer au malade pour faire son bien. Dans ce modèle règne le paternalisme, en d'autres termes, c'est la responsabilité bienfaisante du médecin qui est posée comme référence et où le patient est comme un enfant à protéger<sup>189</sup>.

Selon Makandu Basua Babintu Leyka, le professionnel de santé travaille sur une personne qui lui fait confiance pour qu'elle soit guérie ou soulagée. Pendant l'action thérapeutique, il est demandé au médecin de reconnaître que ce n'est pas le malade qui est soigné mais plutôt une personne malade. Cette personne a toute la dignité d'un être qui a un cœur, une intelligence, une sensibilité et une psychologie. Le personnel soignant doit savoir que le patient est membre d'une famille, d'une société auxquelles il est rattaché par des différents liens et où il

---

<sup>188</sup>« La relation médecin-patient, soignant-soigné et la consultation médicale » (2003), in <http://www.ethique.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/937238520af658aec125704b002bde2/16ccfb222e3dc1bcc12570a50051528c?OpenDocument>, consulté le 28 décembre 2016.

<sup>189</sup> Suzanne, RAMEIX, « Sortir du modèle paternaliste, in Médecin-malade : soigner la relation », n° 122, 200, 115 p.

joue certains rôles<sup>190</sup>.

Watson (2005) estime que le but de la relation transpersonnelle vise la protection, l'amélioration et la préservation de la dignité humaine, l'intégralité et l'harmonie de personnes soignées. Pour lui (2006) la relation transpersonnelle décrit comment l'infirmière démontre un intérêt pour la compréhension subjective et profonde de la signification donnée par la personne au regard de son état de santé. Il propose (2001-2006) que le soignant et le soigné s'unissent dans la recherche mutuelle de signification. Cela dans le but de transcender la souffrance et d'accéder à une plus grande harmonie visant le réconfort, la guérison et l'émancipation de la personne soignée<sup>191</sup>.

### **8.2.3. L'éthique du *care* : une éthique médicale pratique**

La qualité des soins fournis par les médecins ou par les autres producteurs de soins dépend d'une part des caractéristiques techniques et d'autre part des caractéristiques relationnelles des soignants. La technicité est liée aux connaissances médicales et aux capacités de jugement du producteur de soins, ces dernières devant permettre d'obtenir une adéquation des soins au cas identifiés. Sans pour autant digresser, faisons remarquer que le développement des connaissances scientifiques et des compétences techniques ne suffit pas pour assurer la qualité. A preuve la dérive technologique et la déshumanisation de la médecine, maintes fois dénoncées ces dernières années (notamment lors du débat sur la réforme des études médicales), en sont les témoins. Quant aux capacités relationnelles du médecin ou du soignant, très capitales ; elles intègrent différents éléments comme l'écoute, le tact, l'empathie, la sensibilité, la confidentialité ... mais aussi l'information du patient sur sa maladie et la prise

---

<sup>190</sup> MAKANDU, Basua Babintu Leyka, *Ethique et déontologie des infirmiers et techniciens des soins de santé*, Kinshasa, Editions de l'Union des écrivains & Auteurs Africains, 2008.

<sup>191</sup> WATSON (2005) in <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/95/37.pdf>

en charge proposée. Ce dernier point sous-tend la possibilité de choix éclairés pour le patient.

Ainsi, le lien relationnel entre le patient et son médecin est un facteur primordial de la qualité des soins : élément clé de la confiance établie entre les deux protagonistes, il conditionne l'adhésion future du patient à la stratégie de soins proposée et sa qualité est indispensable pour garantir le succès des meilleurs soins techniques proposés. Mais alors qu'en est-il dans la pratique ?

Les soins fournis par les praticiens du CNHU répondent-ils à ces caractéristiques ? Intègrent-ils toujours la notion d'efficience ? Pourrions-nous affirmer que les capacités relationnelles des soignants du CNHU sont-elles conformes à celles qu'exigent la qualité des soins ?

En dépit des efforts fournis, nous observons la persistance du problème de la qualité des soins dans le CNHU-HKM de Cotonou. Bien qu'étant le premier centre universitaire du Bénin et, qui plus est, un centre de référence parmi ceux de la sous-région, de nombreuses incongruités éthiques et déontologiques ont été malheureusement notées. Incongruités aussi bien au niveau des caractéristiques techniques que des caractéristiques relationnelles des soignants.

Cette situation résulte d'une négligence de la personne humaine. Une telle négligence se traduit à notre avis par la non-reconnaissance de l'autre et par un désintérêt profond pour la personne concernée pour les soins et constitue une parjure vis-à-vis du serment prêté. Et de notre point de vue, de telle situation révèle l'inefficacité de ce serment qui ne se limite qu'à sa forme théorique, à un pur formalisme, voire même folklorique et est du fait, d'une brillante nullité sur la qualité de leurs prestations. Reconnaissons que dans le lot, il y en a qui accomplissent consciencieusement et en toute responsabilité leurs devoirs. Mais tous leurs efforts se trouvent noyés par la mauvaise conduite de la grande

majorité responsable de l'écart existant.

Aujourd'hui plus que jamais, l'amélioration de la qualité des prestations des soins et des services en établissement de santé est devenue une préoccupation universelle. Au Bénin, l'amélioration de la qualité des soins et des services dans les structures sanitaires est l'un des axes stratégiques du plan national de développement sanitaire (PNDS). C'est dire que trouver des stratégies réalistes et efficaces pouvant amener les soignants à toujours produire des soins de qualité, répondant aux normes de la qualité telle que l'impose la certification (ISO) dans nos centres hospitaliers demeure l'un des défis majeurs pour l'Etat. L'éthique du *care* pour nous semble être l'un des moyens pour y parvenir.

En effet, à l'opposé de cette attitude, l'éthique du *care* viserait le «souci de l'autre », la préservation du lien qui nous attache à l'autre, qui nous fait préoccuper de sa vulnérabilité. Déontologiquement, le personnel soignant a le devoir d'assurer la prise en charge immédiate du patient dès l'instant où il se présente, c'est-à-dire éviter la lenteur, le retard dans la prise de décision ou dans l'acte médical à poser.

L'éthique médicale se base sur cette responsabilité vis-à-vis de l'autre envers qui, le personnel soignant doit « répondre ». Par contre, le problème de l'éthique du *care* est concret parce qu'elle agit au cas par cas, au particulier, selon le besoin de l'objet du *care* en donnant non seulement les soins, mais en prenant aussi soin de la personne.

Par ailleurs, avec le *care*, le soignant sera en mesure de reconnaître le besoin du patient, de donner non seulement les soins, mais aussi de prendre soin de cette personne, de le traiter en tant qu'« être humain » et de se considérer soi-même comme un individu vulnérable qui sera aussi objet du *care* ou récepteur des

soins des autres.

Les conséquences d'un comportement et d'une attitude contraires à l'éthique du *care*, se traduisent par une certaine perte de confiance du patient en son médecin, pouvant aller jusqu'au refus de soins. En ce qui concerne l'accès aux soins, l'éthique du *care* propose d'éliminer toutes les barrières possibles en rapport avec le comportement du personnel soignant en humanisant les relations.

Le *care* se fonde sur l'**altruisme**. Il considère les relations entre les hommes, étant donné que chacun est porteur de l'idée d'une vie bonne pour lui-même. Cette aspiration doit être reconnue pour l'autre en disant que « je dois permettre que cette vie bonne puisse aussi se réaliser pour l'autre ». C'est la préoccupation des individus qui sont ici en interaction. C'est la reconnaissance de tout être comme un « autrui ».

Les valeurs de l'éthique du *care* peuvent être rapprochées à plusieurs notions courantes : la sollicitude, l'attention, l'empathie, la responsabilité, l'écoute, etc. L'éthique du *care* incite le soignant à reconnaître que cet acte de soin est une forme essentielle de responsabilité pour l'autre, elle se révèle ainsi comme une manière de se comporter vis-à-vis d'autrui, c'est pour autant dire que c'est un engagement actif et concret qui atteste de l'humanité par rapport au sujet du *care* et à l'objet du *care*. C'est une éthique de proximité où le sujet du *care* en tant qu'un être sensible, affecté, est pris dans un contexte de relations, dans une forme de vie. Il est attentif, attentionné pour les situations, les moments ou les personnes concernés comptent plus pour lui. La sollicitude consiste tout d'abord dans le souci concret de l'autre.

**L'attitude empathique** ne consiste pas à « se mettre à la place de l'autre », ce qui pourrait faire perdre au médecin son identité et sa clairvoyance, mais à

s'intéresser à la personne du patient et à s'efforcer de percevoir ce qu'il ressent. Cette attitude d'attention s'apparente davantage à une alliance, à un compagnonnage qu'à un contrat.

Elle est particulièrement de mise dès les premiers contacts entre le patient anxieux et le monde des soins car de l'ambiance au secrétariat d'accueil, en consultation, en service hospitalier dépend le déroulement ultérieur, harmonieux ou chaotique, de la relation.

Par comparaison aux morales traditionnelles qui se fondent sur le primat de l'autonomie, l'éthique du *care* à son tour est plus contextualiste et plus concrète tout en mettant l'accent sur la notion de vulnérabilité qu'elle considère comme l'une des caractéristiques essentielles de la condition humaine.

L'importance du *care* pour la vie humaine suppose de reconnaître que la dépendance et la vulnérabilité ne sont que des étapes de vie, ce ne sont pas des accidents de parcours qui n'arrivent qu'aux autres parce que à tout moment de la vie tout être humain peut devenir vulnérable. C'est pour cette raison que le *care* rappelle à tout humain qu'il a besoin des autres pour satisfaire ses besoins primordiaux.

Valérie Depadt-Sebag soutient que la dignité et le respect entretiennent donc des rapports de sujet à objet : chacun ayant l'obligation de respecter la dignité de l'autre. En d'autres termes, la dignité appelle le respect, qui est l'obligation d'avoir de la considération pour l'autre, de l'égard de l'autre considéré comme mon *alter-ego* et de le regarder vraiment comme un autre, autre identique à moi, porteur de la même humanité, de la même dignité que moi.

La dimension éthique dans la pratique médicale est de « prendre soin » du patient. L'éthique du *care* consiste à « prendre soin » de l'autre dans toute sa

dimension. Le premier objectif est d'avoir la disposition à discerner le besoin ressenti et éprouvé de l'autre dans sa vulnérabilité et à y répondre, c'est une certaine façon de considérer et de traiter autrui. L'éthique du *care*, se veut pour mission de prendre directement le souci et le soin d'autrui pour objet. Dans la pratique médicale celle-ci dénomme le prestataire des soins pour **sujet** des soins et les patients à leur tour pour **objet** des soins. La dimension de l'éthique s'articule autour de plusieurs piliers qui sont :

- la place centrale des relations entre les personnes,
- la responsabilité envers l'autre vulnérable et dépendant,
- la sensibilité entendue comme sentiment et attention à l'autre, ainsi qu'un ancrage dans le particulier, dans les situations concrètes de la vie du cas par cas plutôt que dans la généralité et l'abstraction.

Elle est une éthique de la perception particulière des situations, des moments, de ce qui se passe. Le *care* se soucie des personnes telles qu'elles sont et ce qu'ils seront non pas telles qu'elles devraient être.

Le *care* comme activité sociale transforme la nature même du questionnement moral en intégrant des questions très ordinaires comme celles de la vulnérabilité, de la sensibilité et de la dépendance. Par conséquent, il s'agit de répondre à l'appel d'une personne vulnérable, et non accomplir sa part d'obligation contractuelle dans une relation technique ou commerciale.

De ce fait, les dispensateurs de *care* ont le rôle de témoigner de l'humanité de ceux dont ils s'occupent en rendant manifeste leur besoin de prise en charge bien sûr par la responsabilité et la confrontation ordinaire avec la vulnérabilité d'autrui.

L'attention se caractérise par un déplacement de l'intérêt personnel du soignant, celui qu'il porte à sa propre réalité vers celle de l'autre. Ce mouvement implique un investissement tant physique, psychique qu'affectif qui donne toute

sa spécificité au travail du *care*.

Eu égard à cette tâche, le *care* se trouve face à une double concurrence : celle d'une médecine de confort ou de convenance d'une part et celle d'une médecine techno-scientifique d'autre part.

Dans notre système de santé, les soins, étant relevés du *care*, ceux qui s'adressent aux plus fragiles ou aux plus âgés, bref aux personnes malades sont véritablement prioritaires et d'office objet du *care*.

Dans l'activité du *care* ou *caring*, on peut distinguer le fait de « prendre soin » et celui de « donner soin ». « Prendre soin » recouvre à la fois la responsabilité par rapport à autrui, la sollicitude à son égard et de soins au quotidien parce que le «*care*» vise «l'aisance familière » de la personne et le « maintien de soi ». Alors, il est demandé de créer une « proximité » par des gestes pouvant apporter un réconfort à celui qui est objet du *care*. Dans cette optique, le soin n'est pas un acte de sacrifice de soi, ni d'abnégation parce que l'autre personne est prise à égalité avec soi-même. Le sujet du *care* prend en compte la complexité des situations de l'autre ainsi que des spécificités de la relation et des responsabilités à l'égard des personnes vulnérables, étant donné que ceci a pour dans le seul but de promouvoir l'autonomie de l'autre.

Toutefois, l'éthique du *care* ne veut en aucun instant placer au premier plan le souci d'une égalité formelle entre les individus, par exemple une égalité entre les hommes et les femmes ou entre les riches et les pauvres mais pose plutôt comme fondamentale la sollicitude envers l'autre qui est considéré dans sa singularité et traité avant tout comme un être vulnérable.

Pour conclure ce chapitre, nous insistons sur les indicateurs de la bonne prise en

charge médicale au Bénin. Prendre soin d'un individu, s'en préoccuper, ce ne peut-être pour le maintenir dans l'assistance et la vulnérabilité, mais au contraire pour le faire progresser vers une relative autonomie.

Aussi, si la vulnérabilité est notre condition, l'autonomie n'est-elle pas l'horizon vers lequel nous devons tendre. Mais qu'on ne se méprenne pas, il ne s'agit pas ici de vouloir faire du *care* un supplément d'âme aux théories de la justice, comme si l'un des principes avait la primauté sur l'autre, il s'agit plutôt d'intégrer l'un et l'autre dans une théorie politique et une éthique qui prennent en compte les individus dans leur singularité et dans lesquelles l'altérité n'est pas reléguée au second plan au nom de l'égalité.

**CHAPITRE NEUVIEME :**  
**POUR UNE PHILOSOPHIE DES SOINS AU BENIN**

Cette étude porte sur la qualité des soins et l'exercice de la profession médicale au Bénin : problème d'éthique et de déontologie. Nous sommes là en pleine philosophie du soin. Le concept de soin fait irruption sur la scène philosophique au Bénin. Comme nous venons de le constater, cette émergence soudaine constitue un phénomène remarquable de notre temps<sup>192</sup>. Comme le disent si bien Masquelet et Worms, nous vivons actuellement un moment historique qui peut être appelé « le moment du soin »<sup>193</sup>. Ce moment est, par ailleurs, contemporain de la diffusion de ce que l'on nomme l' « éthique » ou les « éthiques du *care* » ou tout simplement le « *care* », à la suite notamment de la publication du livre de Paperman et Laugier<sup>194</sup>.

### 9.1. Actualité de la philosophie du soin

Etablissons les contours de cette philosophie du soin et examinons comment cette philosophie naissante se situe vis-à-vis des éthiques du *care* avec laquelle elle ne se confond pas dans sa triple composante : sociale, pédagogique et épistémologique.

Dans cet ordre d'idées, avec Caplan, interrogeons-nous sur la philosophie de la médecine<sup>195</sup>. La philosophie du soin existe-elle ? Au Bénin, il n'y a aujourd'hui que très peu d'écrits et de réflexions sur ce thème. D'où la nécessité de cette étude sur la « philosophie du soin » ou du moins qui fait du « soin » l'objet central de notre réflexion. Nous suscitons ici un champ de recherche et de connaissance spécifique qui mériterait le nom de « philosophie du soin ». Pour

---

<sup>192</sup> cfr I. REMY, *Prolégomènes à une philosophie du soin*, Mémoire de DEA d'histoire et philosophie des sciences, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 1997.

<sup>193</sup> AC. MASQUELET, « Préface » in LOMBARD J, VANDEVILLE B., *Philosophie et soin. Les concepts fondamentaux pour interroger sa pratique. Itinéraires philosophiques à l'hôpital*, Paris, Seli Arslan, 2009. F. WORMS, *Le moment du soin : à quoi tenons-nous ? Éthique et philosophie morale*, Paris, PUF, 2010.

<sup>194</sup> P. PAPERMAN et S. LAUGIER (sous la direction de), *Le souci des autres : Éthique et politique du care. Raisons pratiques*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2005.

<sup>195</sup> A. CAPLAN, « Does the philosophy of medicine exist ? », in *Theoretical Medicine*, 1992, pp.13 : 67-77.

le moment, nous adoptons le point de vue d'Isabelle Remy-Largeau selon lequel,

*« Le phénomène étant récent et n'ayant pour le moment pas fait l'objet de synthèse exploratoire, il paraît judicieux d'en prendre acte et de commencer par arpenter ce domaine en pleine expansion avant de s'interroger sur sa véritable nature et sa réelle portée »<sup>196</sup>.*

Il nous faut réaliser un état de lieux de la philosophie du soin « en train de se faire » à travers une revue de littérature. En vue de faire bénéficier notre pays de ces acquis, il s'agit de faire le point sur l'état actuel des connaissances et des discussions dans le monde. Mais il s'agit aussi, dans le même temps, de rendre compte d'un phénomène historique, l'émergence de la philosophie du soin. De manière générale, quelles sont les principales réflexions qui peuvent être considérées comme attestant d'un intérêt nouveau de la philosophie pour le soin au Bénin, au point de prétendre constituer une véritable « philosophie du soin » ?

La stratégie documentaire retenue pour repérer les textes constitutifs de la philosophie du soin qui émerge actuellement consiste à croiser les résultats de recherches à partir de mots-clés, d'une recherche par remontée des filières bibliographiques et d'un travail de veille documentaire. Cette stratégie est rendue nécessaire en raison du caractère émergent de l'objet de la recherche qui ne constitue pas encore un domaine clairement identifié et que nous voudrions faire connaître au Bénin.

Pour Isabelle Remy-Largeau déjà citée,

---

<sup>196</sup> Isabelle REMY-LARGEAU, « Philosophie du soin, *care* et soins infirmiers : Une revue de littérature pour une recherche au carrefour de la philosophie et du soin », in *Recherche en soins infirmiers*, 4/2011 (n° 107), p. 49-59.

*« les recherches par mots-clés, « philosophie », « soin », « philosophie » et « soin », « philosophie du soin » ont été menées, d'une part, sur des bases de données spécialisées dans les domaines de la philosophie ou de la santé - par exemple, le Fichier de recherches bibliographiques automatisées sur les nouveautés, la communication et l'information en sciences humaines et sociales ou la Banque de données en santé publique (BDSP). Elles ont été réalisées, d'autre part, à partir de moteurs de recherche généralistes (Google et Yahoo) »<sup>197</sup>.*

Nous adoptons cette procédure et parallèlement à la recherche par mots clefs, une recherche par remontée des filières bibliographiques a été réalisée. Elle a consisté à exploiter les listes de références bibliographiques situées à la fin des ouvrages ou des articles et/ou figurant dans les notes de bas de page afin d'obtenir de nouvelles références. Pour Isabelle Remy-Largeau,

*« Cette technique présente en outre l'avantage de mettre en évidence les liens - ou l'absence de liens, du moins explicites - entre les auteurs concernés (« qui fait référence à qui » ?) et la manière dont les textes se répondent (ou non) et alimentent les débats autour d'une question donnée »<sup>198</sup>.*

### **9.1.1. Réflexion philosophique relative à la médecine**

Dans un article intitulé « What the philosophy of medicine is », Pellegrino, en

---

<sup>197</sup> Isabelle REMY-LARGEAU, *art.cit.*, p. 53.

<sup>198</sup> *Idem*, p. 54.

réponse notamment à l'article de Caplan déjà cité, distingue quatre modes de réflexion philosophiques relativement à la médecine. Il les nomme respectivement : « *Philosophy and Medicine* », « *Philosophy in Medicine* », « *Medical Philosophy* » et « *Philosophy of Medicine* »<sup>199</sup>.

Une classification des réflexions philosophiques concernant le soin peut être réalisée en s'inspirant des mêmes principes. Elle permet ainsi de définir quatre catégories. **La première** « Philosophie et soin » correspondrait à un dialogue entre la philosophie (en tant que discipline) et le monde des soins (dont les contours disciplinaires seraient à préciser), chacun gardant sa spécificité.

**Dans la deuxième** « Philosophie appliquée au soin », il s'agirait d'appliquer des branches de la philosophie (par exemple la logique, la philosophie morale) à l'objet « soin » (dont il conviendrait de préciser la définition).

**La troisième** « Philosophie soignante » regrouperait l'ensemble des réflexions sur les pratiques soignantes, émanant notamment des soignants eux-mêmes et ayant potentiellement une portée philosophique.

Enfin, **la quatrième** « Philosophie du soin » consisterait en une réflexion critique sur l'objet « soin », sur le soin *en tant que* soin et entretiendrait le même rapport au soin que, par exemple, la philosophie de l'histoire à l'histoire et la philosophie de l'art à l'art.

### 9.1.2. Philosophie du soin

Deux ouvrages portent dans leur titre ou sous-titre la mention « philosophie du

---

<sup>199</sup> E.D. PELLEGRINO, « What the philosophy of medicine is » in *Theoretical Medicine and Bioethics*, 1998, n°19, pp. 315-336.

soin » et qui ont valeur à la fois d'acte de naissance et de plaider en faveur du développement de cette « philosophie du soin » émergente.

**Le premier ouvrage** s'intitule *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société*<sup>200</sup>. Issu d'un colloque du même nom à Paris du 10 au 12 juin 2009, il témoigne de l'émergence du soin sur la scène philosophique et semble en marquer comme l'acte de naissance.

Plusieurs des contributeurs philosophes de ce livre avaient, par ailleurs, déjà commencé à initier une réflexion philosophique sur le soin avant sa parution et leurs écrits répondent peut-être davantage à ce que l'on serait en droit d'attendre d'une philosophie du soin<sup>201</sup>.

Le mérite essentiel de cette réflexion consiste en esquisse de différenciation entre la médecine et le soin (à travers une proposition de relecture historique de leurs relations et un questionnement sur le sens de l'évolution de la médecine contemporaine). Il est également à noter que sa réflexion sur le soin est explicitement reliée à son intérêt pour la question de la prise en compte de l'individualité par la médecine et, entre autres, pour les travaux philosophiques de Georges Canguilhem.

Cet ouvrage se prolonge par d'autre de la même farine, notamment, « Les deux concepts de soin. Vie, médecine et relations morales », de Frédéric Worms et Guillaume Le blanc qui ont coordonné un dossier, « Les nouvelles figures du soin » ayant contribué à mettre en évidence « l'actualité des réflexions sur le

---

<sup>200</sup> L. BENAROYO, C. LEFEVE, C. MINO et al. (sous la direction de), *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société*, Paris, PUF, 2010.

<sup>201</sup> Cfr (1) C. LEFEVE, « La philosophie du soin », in *La Matière et l'Esprit*, avril 2006, n°4, pp. 25-34. (2) C. DORON, C. LEFEVE, A. MASQUELET, (sous la direction de), *Soin et subjectivité*, Paris, PUF, 2011. (3) G. LEBLANC et F. WORMS, « Les nouvelles figures du soin. Introduction », in *Esprit*, janvier 2006, pp. 321 : 77-79.

soin »<sup>202</sup>.

Un autre aspect de cette question transpire dans *Le moment du soin* de F. Worms<sup>203</sup>. Il nous propose à la fois une définition générale du soin et une distinction entre le « modèle parental » et le « modèle médical » du soin. Dans « Le soin et le *care* », réédité dans le livre de Vanessa Nurock, l'auteur consacre une étude approfondie aux éthiques du *care*<sup>204</sup>. Spécialiste de Bergson, l'auteur appréhende la question du soin à partir d'une réflexion sur les relations vitales et morales et son travail de clarification conceptuelle, bien que pouvant faire l'objet d'une analyse critique, constitue une contribution notable à l'élaboration d'une philosophie du soin.

**Le second ouvrage** relevant explicitement de la philosophie du soin est *Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin* de Jean-Philippe<sup>205</sup>. Cet auteur développe sa propre approche philosophique du soin, marquée par la tradition phénoménologique et herméneutique. Il esquisse une philosophie du soin et lui donne une véritable consistance en évoquant tour à tour les sept thématiques suivantes : le « geste soignant », la « sécularisation du soin », la « symbolique du mal », « la dignité et l'intimité », « la souffrance », « l'accompagnement de fin de vie » et le « dernier soin, ou le soin du corps des défunts ».

## 9.2. La philosophie du soin et le care

La qualité des soins au Bénin a besoin de connaître ces études sur la philosophie du soin. Mais les publications dans ce domaine sont pour le moment encore peu

---

<sup>202</sup> F. WORMS, « Les deux concepts de soin. Vie, médecine et relations morales », *Esprit*, janvier 2006, n°321, pp. 41-156.

<sup>203</sup> F. WORMS, « Les deux concepts du soin », in *Le moment du soin : à quoi tenons-nous ?* cfr F. WORMS, *Éthique et philosophie morale*, Paris, PUF, 2010, pp. 19-36.

<sup>204</sup> F. WORMS, « Le soin et le *care* », in *Éthique et philosophie morale*, Paris, PUF, 2010, pp. 245-251 ; F. WORMS, « Le *care* selon Carole Gilligan et le problème du soin : relations vitales et morales », in V. NUROCK, *Carol Gilligan et l'éthique du care. Débats philosophiques*, Paris, PUF, 2010, pp.137-150.

<sup>205</sup> J.-P. PIERRON, *Vulnérabilité : pour une philosophie du soin. La Nature humaine*, Paris, PUF, 2010.

nombreuses. De ce point de vue, notre pays doit s'acheminer progressivement « vers une philosophie du soin »<sup>206</sup>.

Dans un article intitulé « Le soin, un défi à la culture », Robert William Higgins, fait remarquer que l'expression « Les figures du soin » apparaît à peu près en même temps que « Le Souci des autres », par lequel Sandra Laugier et Patricia Paperman ont largement contribué à faire connaître le « *care* »<sup>207</sup>. Il faut y voir le signe d'une « sécrétion d'époque » selon l'expression de Michel Foucault<sup>208</sup>.

Dans cette hypothèse, la diffusion du *care* et l'émergence du soin sur la scène philosophique ne seraient pas contemporaines par hasard : elles seraient caractéristiques du « moment présent » selon la formule de Frédéric Worms<sup>209</sup>. Ce serait comme les deux faces d'un même mouvement.

Comment les auteurs identifiés comme prétendant initier et développer une philosophie du soin se situent-ils par rapport au *care* ? Font-ils référence au *care* et si oui, comment s'y rapportent-ils ?

Quatre types de positionnements ont pu être ainsi mis en évidence :

Le **premier** consiste à développer une réflexion sur le soin en se situant exclusivement dans la perspective du *care*.

Le **deuxième** consiste à faire référence au *care* comme à un élément de réflexion parmi d'autres.

Le **troisième** consiste à penser conjointement le soin et le *care*.

---

<sup>206</sup> Cette expression est de Frédéric Worms. F. WORMS, « L'idée d'une éthique du vivant (vers une philosophie du soin) », in *Ethique et santé*, 2010, n°7, p. 8.

<sup>207</sup> P. PAPERMAN et S. LAUGIER (sous la direction de). *Le souci des autres : Ethique et politique du care. Raisons pratiques*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2005.

<sup>208</sup> Cfr P. SVANDRA, *Eloge du soin. Une éthique au cœur de la vie. Sources philosophiques, pratique et conditions de l'engagement soignant*, Paris, Seli Arslan, 2009.

<sup>209</sup> WORMS, op.cit., 2010, p.5.

Le **dernier** consiste à ne pas faire référence au *care* pour penser le soin.

Fabienne Brugère se distingue parmi les auteurs étudiés dans le cadre de cette recherche par le fait qu'elle aborde la question du soin exclusivement à partir de la perspective ouverte par le *care*<sup>210</sup>.

Elle opère une distinction entre ce qui, selon elle, pourrait être considéré comme les deux pôles entre lesquels se répartiraient les éthiques du *care* : d'une part, « le *care* compris comme sollicitude » et, d'autre part, le *care* comme pratique (ou « dimension du soin dans le *care* »).

Le premier est centré sur le *care* en tant que disposition (sans toutefois la séparer tout à fait des activités mises en œuvre)<sup>211</sup>. Le second est centré sur le *care* en tant qu'activité (reléguant ainsi la question de la disposition à la périphérie sans toutefois l'ignorer complètement)<sup>212</sup>.

Dans cette perspective, le soin est donc considéré avant tout comme « un ensemble d'activités ou de pratiques sociales »<sup>213</sup>. Il constitue une activité centrale de la vie humaine, la vie étant conçue sur le mode de la vulnérabilité.

S'intéresser à ces pratiques conduit à s'interroger sur leur répartition au sein des familles et de la société et élargit le questionnement éthique à la dimension politique.

Le *care* pensé comme le soin est un élément de réflexion à prendre en

---

<sup>210</sup> F. BRUGERE, « L'éthique du *care* : entre sollicitude et soin, dispositions et pratiques », in BENAROYO L, LEFEVE C, MINO C. et al. (sous la direction de), *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société*. Paris, PUF, 2010, pp.69-86.

<sup>211</sup> Ce point de vue est développé par C. GILLIGAN, *Une voix différente. Pour une éthique du care*. Champs essais, Paris, Flammarion, 2008.

<sup>212</sup> Ce point de vue est développé par J. TRONTO, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Textes à l'appui, Série Philosophie pratique, Paris Editions La Découverte, (1993) 2009.

<sup>213</sup> F. BRUGERE, *op.cit.*, 2010, p. 69.

considération dans une perspective plus large. Pour D. Lecourt, les  
*« réflexions actuelles sur le « care » ont une portée éthique  
 et politique »<sup>214</sup>.*

Jean-Philippe Cobbaut présente l'éthique du *care* comme un exemple du renforcement de l'attention au contexte qui marque l'évolution des théorisations sémantiques en bioéthique<sup>215</sup>.

Nathalie Zaccai-Reyners estime que

*« les travaux menés dans le sillage de l'éthique du care [...] prolongent certaines des analyses de la sociologie interactionniste »<sup>216</sup>.*

Sa réflexion prend deux directions : la question de la

*« reconnaissance de la pénibilité du travail de soin »* et celle de la  
*« reconnaissance de la part normative implicite qui sous-tend l'action  
 des professionnels de soin »<sup>217</sup>.*

Cette perspective permet ainsi de relier le *care* à la question de l'institution (au sens anglo-saxon d'organisation) et plus précisément à l'impact des styles organisationnels sur « la texture des soins »<sup>218</sup>.

Il ne faut pas seulement intégrer au *care* des aspects éthiques, politiques et organisationnelles du soin, il faut surtout penser conjointement le *care* et le soin dans toutes ses dimensions.

<sup>214</sup> D. LECOURT, « Avant-propos », in BENAROYO L, LEFEVE C, MINO C. et al. (sous la direction de), *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société*, Paris, PUF, 2010, pp.1-2.

<sup>215</sup> J.P., COBBAUT, « Quelle tache pour une éthique du soin aujourd'hui ? Assurer l'articulation du sémantique et du pragmatique », in BENAROYO L, LEFEVE C, MINO C. et al. (sous la direction de), *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société*, Paris, PUF, 2010, pp. 87-103.

<sup>216</sup> Cité par N. ZACCAI-REYNER, « Care et institutions : regards sur le style institutionnel et le soin aux personnes », in : BENAROYO L, LEFEVE C, MINO C. et al. (sous la direction de), *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société*, Paris, PUF, 2010, pp.251-265.

<sup>217</sup> Cfr N. ZACCAI-REYNER, *op.cit.*, 2010, pp. 262-263.

<sup>218</sup> Idem, 2010, p. 251.

Frédéric Worms affirme que

*« Ce qui fait l'importance de la théorie du care proposée par Carole Gilligan, pour penser la question du « soin » [...], ce n'est certes pas une idée simple et commune, qui autoriserait d'emblée une traduction terme à terme entre ces deux notions, [...]. Ce qui rattacherait le care au soin, ce serait plutôt une tension, ou même deux tensions, certes internes à l'une et à l'autre notion, mais d'une manière pourtant si différente que ces deux notions pourraient bien, plutôt que se recouvrir et se traduire directement l'une l'autre, s'éclairer indirectement l'une par l'autre, et avec elles le problème commun qui les unit aujourd'hui »<sup>219</sup>.*

Un aspect important que nous avons remarqué dans nos formations médicales est que les soins se donnent sous tension.

La première de ces tensions consiste en ceci que l'idée de « *care* » tout comme celle de « soin », renvoie à un aspect subjectif (un « sentiment » dans le cas du *care* ou une « relation » dans le cas du soin) et à un aspect objectif (un « travail » dans le cas du *care* ou à une « technique » dans le cas du soin).

La seconde de ces tensions renvoie à deux « aspects des relations subjectives elles-mêmes, dans leur dimension ontologique aussi bien que morale » : la tension entre un « attachement » et une « séparation ». Ainsi s'opère un déplacement vers une éthique « pleinement relationnelle »

La reconnaissance de ces tensions traversant à la fois le soin et le *care* conduit

---

<sup>219</sup> N. ZACCAÏ-REYNERS, *op.cit.*, 2010, p. 251.

ainsi à une double revendication. Il s'agit de

« *permettre au sentiment de s'exercer dans un travail reconnu* » et, inversement, de « *permettre que dans la relation de soin médical la relation créatrice et individualisante ait sa place* »<sup>220</sup>.

Certains auteurs ne font pas référence au *care* pour penser le soin. Philippe Barrier évoque « l'éthique de la sollicitude », mais cette expression désigne pour lui l'éthique développée par Ricœur et Levinas et non l'éthique du *care*<sup>221</sup>. Claire Marin joue sur le mot « *care* », mais ne fait aucune autre référence explicite aux éthiques du *care*<sup>222</sup>.

Jean-Philippe Pierron réfléchit sur le soin par une approche phénoménologique, sans se référer au *care*. Il accorde une grande importance à la notion de « vulnérabilité »<sup>223</sup>.

Le *care* tout comme le « soin » sont dans l'ère du temps. La philosophie du soin ne se réduit pas au *care*, même si ce dernier est à la mode, il ne semble pas constituer une référence incontournable. Par ailleurs, lorsque les auteurs se rapportent au *care*, ils le font diversement. Il faudra donc préciser en quoi il peut contribuer à nourrir la réflexion philosophique sur le soin.

### 9.3. La philosophie du care et les soins de santé

---

<sup>220</sup> F. WORMS, *op.cit.*, 2010, p. 150.

<sup>221</sup> P. BARRIER, « Le soin comme accompagnement et facilitation de l'individuation avec la maladie chronique », in *La philosophie du soin*, p.168.

<sup>222</sup> C. MARIN, « Who cares ? » Quelle attention au malade dans la relation thérapeutique ? », in BENAROYO L, LEFEVE C, MINO C. et al. (sous la direction de), *La philosophie du soin, Ethique, médecine et société*, Paris, PUF, 2010, pp.127-140.

<sup>223</sup> J.P., PIERRON, *Vulnérabilité : pour une philosophie du soin. La Nature humaine*, Paris, PUF, 2010.

Un autre problème constaté dans la qualité des soins est celui de relations entre les médecins et les paramédicaux, notamment les infirmiers. Le projet de la philosophie du soin doit être « au croisement des expériences et des disciplines »<sup>224</sup>.

D'un autre côté, les infirmiers se définissent habituellement comme des professionnels du « soin » qui, par la législation sont autorisés à dispenser les soins qualifiés de « soins infirmiers ». Leur exercice professionnel exige un cursus de formation ainsi qu'un ensemble de recherches et de connaissances spécifiques.

Comment la philosophie du soin naissante prend-elle en compte les soins infirmiers, en tant que discipline particulière, entendue dans sa triple composante - sociale, pédagogique et épistémologique <sup>225</sup>?

Il y a très peu de réflexions sur cette question. Par contre, la figure du médecin demeure fréquemment au centre des considérations. De nombreux auteurs parlent, par exemple, de la « relation soignant-soigné » ou de la « relation de soin », mais les exemples pris concernent principalement voire exclusivement la relation médecin-malade. La référence à Georges Canguilhem, médecin et philosophe, par exemple semble s'imposer pour beaucoup, alors qu'aucun auteur soignant non médecin n'est cité.

Plusieurs raisons peuvent être évoquées et reliées entre elles pour expliquer cet état de fait. Une remarque, dans l'introduction du livre *La Philosophie du soin*, est à cet égard éclairante :

---

<sup>224</sup> L. BENAROYO, C. LEFEVE, C. MINO et al. (sous la direction de), *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société*, Paris, PUF, 2010, p.3.

<sup>225</sup> M. FANSTEN, « Ancrage disciplinaire, formation, courant de pensée », in *Recherche en soins infirmiers*, Septembre 2010, n°102, pp.14-22.

*« ce livre résulte d'abord d'une rencontre intellectuelle, institutionnelle et amicale, entre philosophes et médecins »<sup>226</sup>.*

Il est utile d'encourager la rencontre entre philosophes et infirmiers dans nos formations médicales et universitaires. Cela pour des raisons sociologiques (plus grande proximité sociale entre les médecins et les philosophes). Mais aussi à cause de la persistance de représentations associées aux rôles respectifs des médecins et des paramédicaux en général et des infirmiers en particulier, considérés comme de simples auxiliaires médicaux.

Il faut bien dire qu'il règne un certain flou dans l'usage du mot « médecine » ou de l'adjectif « médical » au Bénin. Par exemple, on considère les soins infirmiers un « domaine particulier de l'activité médicale », laissant ainsi penser que la médecine recouvre l'ensemble des pratiques mises en œuvre par les différents professionnels du soin (médicaux et paramédicaux) dans le domaine de la santé. Mais, d'autres fois, la « médecine » ne désigne que l'exercice professionnel des médecins. C'est bien en ce sens que l'on parle par exemple des « études de médecine » ou des « études médicales ».

Dominique Lecourt relève cette ambiguïté :

*« La médecine scientifique contemporaine avait contribué à dévaluer la notion de soin. A l'hôpital, le personnel « soignant » - celui qui vous demande de quitter la chambre du malade pour les « soins » - apparaît clairement subordonné aux décisions des médecins et des internes, seuls porteurs de science. [...] voici maintenant le soin qui s'impose à l'attention. Il ne s'agit pas seulement de*

---

<sup>226</sup> L. BENAROYO, C. LEFEVE, C. MINO et al., *op.cit.*, 2010, p.7.

*l'hommage toujours rendu au dévouement du personnel et de la mention, comme en passant, des petits gestes qui allègent humblement la souffrance du patient. Ce qui est en jeu, c'est la redécouverte du socle anthropologique sur lequel la médecine - toute médecine - fonde son humanité et son efficacité»<sup>227</sup>.*

La philosophie du soin est envisagée avant tout comme le rappel de la fonction soignante de la médecine (entendue principalement comme exercice de la profession médicale) même si le mot de « soin » porte le souci au-delà de la pensée médicale.

La nature même de la philosophie du soin doit être interrogée : la philosophie du soin émergente n'est-elle finalement que la continuation de la philosophie de la médecine, mais d'une médecine « redevenant » soignante ? Ou bien est-elle une autre manière de faire de la philosophie de la médecine ? Ou bien encore est-elle une philosophie ayant un autre objet que la médecine ? Ces trois aspects peuvent d'ailleurs être reliés en faisant l'hypothèse que c'est en s'intéressant à un objet non réductible à la médecine - le soin -, que la philosophie du soin peut contribuer à renouveler et la philosophie de la médecine et la pratique médicale.

A côté des mots « médecin », ou « médecine », le nom ou l'adjectif « soignant(s) » sont parmi ceux qui reviennent le plus souvent dans nos milieux. L'inconvénient est que ce mot renvoie également à une catégorie floue aux contours fluctuants. Il est quelquefois utilisé pour désigner tous les professionnels de santé, médecins compris. Mais, le plus fréquemment, il désigne les professionnels paramédicaux par opposition aux médecins. Parfois,

---

<sup>227</sup> D. LECOURT, « Avant-propos », in BENAROYO L, LEFEVE C, MINO C. et al. (sous la direction de), *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société*, Paris, PUF, 2010, p.1.

son sens n'est pas précisé laissant la voie ouverte à toutes les interprétations (y compris la possibilité de désigner des non professionnels, notamment bénévoles ou « aidants naturels »). D'autres fois encore, il désigne, de manière implicite ou explicite, uniquement les infirmiers.

Ainsi, peut-on lire, à propos de l'émergence de la médecine scientifique au XIX<sup>ème</sup> siècle :

*« La compétence scientifique, le prestige social du médecin et la forte hiérarchisation des relations, à l'hôpital, entre le corps médical et le corps soignant, restreint au corps infirmier, participent du désintérêt pour l'expérience du malade, déléguée à la compassion des infirmières »<sup>228</sup>.  
(Lefève, 2006) [8].*

Les soins infirmiers sont réduits aux pratiques de soin, les composantes pédagogique et épistémologique de cette discipline n'étant pas prises en considération, il n'est fait aucune référence, par exemple, au cursus de formation des infirmiers.

Le statut des soins infirmiers est d'ailleurs loin d'être évident. Les infirmiers remplissent, avec d'autres intervenants, un

*« rôle intermédiaire [...] au sein d'une communauté diversifiée du soin ». Entre « les deux modèles extrêmes [modèle parental et modèle médical] courent désormais des relations qui les articulent dans des proportions diverses : le rôle de l'infirmier ou de l'infirmière, de l'assistant(e) social(e), de l'éducateur ou du rééducateur ne se comprend*

---

<sup>228</sup> C. LEFEVE, « La philosophie du soin », in *La Matière et l'Esprit*, avril 2006, n°4, pp. 25-34.

*pas autrement*»<sup>229</sup>.

La question de la diversité des métiers du soin, dont les soins infirmiers font partie, est donc posée mais abordée uniquement à travers le prisme de la distinction proposée par l'auteur entre les deux modèles du soin, distinction qui lui revient en propre et qui peut être discutée à la fois dans son principe et dans son utilisation pour opérer une classification des métiers considérés.

Les infirmiers sont surtout considérés en tant qu'acteurs du soin, objet d'études potentiels pour les sciences humaines et rarement comme étant également « auteurs » du soin et « sujets » d'études. Les infirmiers ont pourtant développé une approche du soin qui, historiquement, s'est construite dans le sillage des soins médicaux (entendus au sens restrictif de soins dispensés par les seuls médecins) mais aussi et surtout par opposition à eux et dans le prolongement des soins entendus, d'abord et avant tout, comme « premier art de la vie »<sup>230</sup>.

Les soins infirmiers sont encore souvent réduits à l'image d'Epinal de l'infirmière dévouée (ou sadique, dans le pire des cas !), simple auxiliaire du médecin. Mais la discipline qui leur correspond n'en existe pas moins dans sa composante non seulement sociale mais aussi pédagogique et épistémologique. Ces dimensions sont souvent encore méconnues (au double sens de *peu* - ou *pas* - connues et de *mal*-connues) alors même qu'elles semblent s'affirmer toujours davantage comme en témoignent les évolutions actuelles (avec par exemple, l'universitarisation de la formation et le développement des pratiques avancées, de la recherche et des « sciences infirmières »).

Jean-Philippe Pierron accorde aux soins infirmiers une place spécifique (c'est-à-

---

<sup>229</sup> F. WORMS, (Worms, 2010, 34-35) F. WORMS, « Les deux concepts du soin », in *Éthique et philosophie morale*, Paris, PUF, 2010, 35-36.

<sup>230</sup> M.F., COLLIÈRE, *Soigner... Le premier art de la vie*, Paris, Masson, 2001.

dire clairement identifiée par rapport à celle des médecins ou des autres professionnels de santé) dans sa réflexion sur le soin. La terminologie qu'il emploie est parfois générale. C'est le cas, par exemple, lorsqu'il évoque sans autre précision le « soignant » ou le « professionnel du soin »<sup>231</sup>. Mais il fait aussi parfois explicitement et précisément référence aux soins infirmiers entendus comme soins non seulement « dispensés » mais également « pensés » par les infirmiers.

Cependant, il met en garde contre l'écueil qui consisterait à réduire les besoins du patient à leur dimension biologique et quantifiable et à rabattre une approche conçue à l'origine comme systémique (la fameuse « approche globale du patient ») sur une démarche purement analytique et comptable. Il est soucieux de dénoncer ces dérives possibles et de démasquer la défense d'intérêts purement catégoriels (la prise en compte des besoins du patient pouvant être envisagée seulement comme un moyen pour les infirmiers d'asseoir leur positionnement professionnel).

Mais cela doit-il conduire pour autant à méconnaître l'importance de ce qui, malgré tout, s'élabore et se vit dans le domaine des soins infirmiers et qui pourrait sans doute enrichir la réflexion philosophique sur le soin ? En effet, on peut, avec lui, se demander ce qui se perd quand le soin se professionnalise mais ne peut-on également se demander ce qui se gagne et qui gagnerait aussi à être connu et reconnu ?

Il faut envisager dans ce cas, pour arriver à une bonne qualité des soins, à une rencontre entre philosophes et infirmiers (et infirmiers-philosophes ou philosophes infirmiers !). C'est cela que pense Céline Lefève :

*« [...] nous entrons désormais dans la seconde phase du*

---

<sup>231</sup> J.P., PIERRON, *op.cit.*, 2010, p. 46.

*moment contemporain du soin qui appelle à penser la médecine et le soin du point de vue des sujets soignants. Il s'agit non seulement d'affirmer l'essence soignante de la médecine, mais aussi de penser et d'étudier la spécificité, la diversité et la complexité des pratiques de soin»<sup>232</sup>.*

Il ne s'agit pas seulement de penser « pour » les praticiens du soin reconnus dans leur diversité, mais aussi et surtout d'accepter d'apprendre d'eux et de penser « avec » eux.

La philosophie du soin est certes une tâche déjà entamée, mais, c'est surtout une tâche à préciser (quel est son objet et en quoi se différencie-t-elle de la philosophie de la médecine ?) et une tâche à poursuivre - plus, d'ailleurs, qu'à accomplir car cela pourrait laisser supposer qu'un achèvement est possible. Elle ne saurait se réduire au *care*, mais elle peut se nourrir des discussions qu'il a fait naître récemment. Elle doit surtout faire place dans ses travaux aux différentes modalités d'exercice du soin, dont les infirmiers, pas plus qu'une autre profession n'ont le monopole mais seulement - c'est déjà beaucoup - une certaine expertise. Elle doit aussi affronter la question de l'unité du soin par-delà la diversité non seulement des professionnels (et des non professionnels) mais aussi des secteurs d'activité. Soigner a-t-il le même sens en psychiatrie qu'en chirurgie cardiaque ?

Pour clore ce chapitre, rappelons que très récemment le concept de soin a fait irruption sur la scène philosophique d'expression française. Quels sont les contours de cette « philosophie du soin » en train de se constituer ? Comment cette philosophie naissante se situe-t-elle vis-à-vis de ce qu'on nomme

---

<sup>232</sup> C. LEFEVE, « Réflexions épistémologiques sur les sciences humaines, la médecine et les sciences en soins infirmiers », in Recherche en soins infirmiers, septembre 2010, n°102, p. 2.

aujourd'hui les éthiques du *care* ? Et, comment prend-elle en compte les soins infirmiers, en tant que discipline entendue dans sa triple composante : sociale, pédagogique et épistémologique ?

Pour répondre à ces questions, nous avons examiné dans ce chapitre quelques-uns des textes fondateurs de cette philosophie du soin au prisme de ces interrogations. Il s'agit d'une réflexion développée à partir des manières dont les éthiques du care rendent compte des soins infirmiers et entrent en dialogue avec la philosophie du soin avec des références sur le Bénin.

Il s'agit aussi de la façon dont les soignants intègrent les réflexions issues des éthiques du care et de la philosophie du soin à l'évolution de leur propre discipline et contribuent en retour à l'élaboration d'une philosophie du soin. Ces questionnements s'inscrivent dans une recherche et d'une contribution en faveur d'une rencontre que l'on peut espérer fructueuse entre la philosophie et les soins infirmiers au Bénin.

## **CHAPITRE DIXIEME : STRATEGIES ETHIQUES POUR UNE PHILOSOPHIE DU SOIN AU BENIN**

Le soin est devenu depuis peu de temps un thème d'actualité. Nous ne nous en

plaindront évidemment pas. Au travers notamment de la notion de *care*, des philosophes, des psychologues, des sociologues et maintenant des politiques se sont emparés de cette thématique. Certains vont même jusqu'à militer pour une société du soin comme une alternative à la dureté de nos sociétés néolibérales. Il faut assurément se réjouir de cet intérêt soudain car toute réflexion sur le soin, d'où qu'elle vienne, est toujours bonne à prendre.

Albert Camus est explicite sur ce point :

*Ma conviction est que nous ne pouvons plus avoir raisonnablement l'espoir de tout sauver, mais que nous pouvons nous proposer au moins de sauver les corps, pour que l'avenir demeure possible*<sup>233</sup>.

L'embarras est certain vis-à-vis de ces discours, surtout lorsque ceux-ci deviennent normatifs et s'apparentent à une forme plus ou moins déguisée de prescription. En effet, *le* soin que l'on met en exergue et dont on nous fait l'éloge est-il vraiment celui que nous connaissons et pratiquons, celui qui constitue le quotidien des malades, des infirmières, des aides-soignants ou des autres professionnels de santé ?<sup>234</sup>

La question est cependant de savoir si les médecins se sont depuis longtemps attachés à opérer ce travail de réflexion sur la spécificité de leur activité. L'histoire de la médecine d'Hippocrate à Georges Canguilhem en passant par Avicenne et Claude Bernard témoigne de cette constante recherche philosophique sur la nature de l'art médical. Il existe de nombreuses théories de soins (dont l'utilité n'est en aucun cas à remettre en cause) mais celles-ci restent largement à usage interne, réservées aux seuls professionnels.

<sup>233</sup> Albert Camus, *Ecrits politiques*, Paris, Gallimard, 1971, p. 55.

<sup>234</sup> Association de recherche en soins infirmiers, (ARSI), pp. 23-37

### 10.1. L'homme, sujet et objet des soins

Il faut penser globalement sur tous ses sujets d'actualité comme ceux concernant la bioéthique, les questions de souci de soi et des autres, ou les éthiques et politiques du *care*. La médecine n'est pas tout le soin, elle n'en est même qu'une forme limitée. Il s'agit de rappeler une évidence : de tout temps on s'est occupé des nourrissons, des personnes malades ou sur le point de mourir. A l'intérieur de nous-mêmes, quelque chose nous pousse, plus ou moins facilement, à prendre soin des gens vulnérables, qui souffrent ou simplement ne vont pas bien. Cette exigence se retrouve au cœur même de l'histoire de chacun d'entre nous puisque notre présence au monde est intimement liée à la présence de ceux qui, à un moment donné, ont pris soin de nous. Nous avons été « *objet de soin* » avant d'être « *sujet de soin* ».

Deux écueils se présentent si l'on veut réfléchir sur la qualité des soins. Le premier est celui d'une trop grande proximité qui fait perdre le caractère universel et immuable du soin. Le second est celui d'un trop grand éloignement qui risque de donner une image désincarnée, déshumanisée, théorique du soin. C'est pourquoi, il semble nécessaire et essentiel que nous puissions, à partir de nos pratiques, faire ce travail de mise à distance. C'est à cette condition que nous pouvons contribuer à enrichir un débat sur la qualité des soins. L'objectif est dès lors de donner au soin toute sa complexité, toute son épaisseur humaine, en proposant une véritable phénoménologie.

Le développement récent des réflexions sur le *care* constitue une réelle opportunité. Au-delà de l'effet de mode, les éthiques du *care* traduisent en effet une évolution intéressante. On peut y voir une (saine) réaction contre un culte de l'autonomie (compris comme indépendance) dont on perçoit aujourd'hui les

limites. Reconnaisant la vulnérabilité comme un élément central de nos vies, les éthiques du *care* visent à revaloriser l'entraide et la sollicitude. Elles cherchent à transformer la nature même du questionnement moral en intégrant des questions qui peuvent sembler très ordinaires, comme celles de la sensibilité ou de la dépendance.

Le premier objectif du *care* est donc bien de réhabiliter ces notions. Dit en d'autres termes, le *care* nous rappelle une vérité qui dérange certains : à tout âge, quel que soit notre statut social, nos capacités physiques ou intellectuelles, notre culture ou notre appartenance spirituelle, nous avons (et aurons) toujours besoin de la présence et l'aide d'autrui. Nous sommes, de ce point de vue, *ontologiquement* dépendants. On ne se construit en effet jamais tout seul et nos capacités ne peuvent s'exprimer sans le soutien d'autrui. C'est ainsi que le *care* se caractérise d'abord comme une réponse aux relations nouées autour de la dépendance.

Rappelons, et ce n'est pas un hasard, que ce discours a été porté aux Etats-Unis comme ailleurs d'abord par des femmes. On constate d'ailleurs que l'irruption du *care* dans le champ politique a pu provoquer des commentaires dont le caractère misogyne, bien que caché, est bel et bien présent. L'exemple le plus caricatural est celui du journaliste politique Jean-Michel Apathie taxant le *care* de « nunucherie »<sup>235</sup>.

L'activité médicale doit être considérée comme « une confiance qui rejoint librement une conscience ». C'est une activité de soin, d'*une vulnérabilité qui rejoint nécessairement une inquiétude*. Loin de soutenir que l'inquiétude et la vulnérabilité du soigné et du soignant soient superposables ou identiques, il

---

<sup>235</sup> Le journaliste a cru bon de décerner le premier prix de « nunucherie » politique à Martine Aubry lorsque celle-ci a évoqué dans un entretien au journal *Le Monde* du 14 avril 2010 l'idée d'une société du soin et parlé à cette occasion du concept de *care*.

s'agit en revanche de considérer le soin d'abord comme une rencontre au cours de laquelle chacun des protagonistes est successivement, ou parfois simultanément, inquiet *et* vulnérable. Il faut voir cette rencontre « comme un regard qui envisage, pas un regard qui dévisage.

Ceci renvoie à la pensée d'Emmanuel Levinas qui percevait dans le visage d'autrui ce qui m'oblige. Ma responsabilité en devient incommensurable, insubstituable. Nous basculons ainsi d'une « responsabilité *devant* » qui se confronte à une instance supérieure (Dieu, la Loi, la société, le sur-moi,..) à « une responsabilité *pour* » qui se réfère à la vulnérabilité de celui qui me fait face<sup>236</sup>.

Guillaume le Blanc et Frédéric Worms expliquent ainsi :

*« L'instauration d'une chaîne de soin implique déjà la reconnaissance d'une dette envers la fragilité, qu'elle soit d'ordre vital ou d'ordre social et la nécessité de répondre à cette fragilité »<sup>237</sup>.*

Cette vulnérabilité trouve son expression la plus évidente chez le nouveau-né, celui qui n'a comme force que son incomparable vulnérabilité. Le paradoxe peut s'exprimer ainsi : se trouvant dans une situation objectivement d'extrême vulnérabilité, il a un pouvoir total sur une mère qui de son côté est objectivement toute puissante. Hans Jonas dans son ouvrage, *Principe responsabilité*, cherche à montrer que la première des responsabilités, celle de tout parent, est liée au caractère particulier du nouveau-né<sup>238</sup>. Quoi, en effet, de plus vulnérable que

*« le nouveau-né dont la simple respiration adresse un "on*

<sup>236</sup> E. LEVINAS, *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, Paris, Le livre de poche, 1978.

<sup>237</sup> G. LE BLANC, F. WORMS, « Les nouvelles figures du soin », in *Revue Esprit*, Janvier 2006, p.77.

<sup>238</sup> H. JONAS, *Le principe responsabilité*, Paris, Les éditions du cerf, 1990.

*doit'' irréfutable à l'entourage, à savoir : qu'on s'occupe de lui »<sup>239</sup>.*

Jean-Gilles Boula peut affirmer en ce sens :

*« le concept de responsabilité implique celui de devoir, pour commencer le devoir-être de quelque chose (le devenir de l'enfant), ensuite celui du devoir-faire de quelqu'un en réponse à ce devoir-être »<sup>240</sup>. (Boula, 2003) [4].*

Cette responsabilité se différencie de toutes les responsabilités contractuelles puisqu'elle ne dépend d'aucun consentement préalable. Elle est irrévocable et globale comme le rappelle Pascale Moliner,

*« lorsqu'elles sont extrêmes, les situations de dépendance ne nous laissent pas d'autre choix que d'agir »<sup>241</sup>.*

Il s'agirait donc d'admettre dans un second temps que la vulnérabilité ne concerne pas seulement le nouveau-né ou l'enfant. Nous sommes en effet tous, certes à des degrés divers, des êtres fondamentalement vulnérables comme Guillaume Le Blanc l'explique :

*« la précarité d'une vie commençante implique la précarité de la vie humaine et par suite la précarité du lien d'humanité (et donc de ses différentes figures) lui-même ? »<sup>242</sup>.*

---

<sup>239</sup> Idem, p. 251.

<sup>240</sup> J.-G. BOULA, *Responsabilité et éthique dans les soins : quelques aspects*, Site de la fondation genevoise pour la formation et la recherche médicale. [http://www.gfmer.ch/Presentations\\_Fr/Responsabilite\\_ethique.htm](http://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/Responsabilite_ethique.htm) consulté le 23 mai 2016.

<sup>241</sup> P. MOLINER, « Le Care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets », in *Le souci des autres, Ethique et politique du care*, Paris, Editions de l'École des Hautes Études en Sciences sociales, 2006, p. 300.

<sup>242</sup> G. LE BLANC, « Penser la fragilité », in *Esprit, La pensée de Paul Ricœur*, Mars Avril 2006, p.250.

C'est pour cette raison que nous pouvons affirmer que l'éthique tire sa valeur de l'attention qu'elle confère aux figures de la vulnérabilité<sup>243</sup>. La philosophe américaine Joan Tronto va ainsi jusqu'à considérer le *care* comme

*« une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible ». Elle précise que « ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie »<sup>244</sup>.*

La question qu'il nous faudra poser dans un second temps sera celle de savoir si la médecine contemporaine et l'organisation de notre système de santé recèlent, l'une comme l'autre, de réelles dispositions au soin,... du moins au soin entendu comme *care*. Face à *une médecine sans le corps* et à des organisations sanitaires *malades de la gestion* quelle pourrait être aujourd'hui la place du soin <sup>245</sup>?

Il semble d'ailleurs que la source du malaise que vivent aujourd'hui de nombreux soignants n'est pas, comme on le dit trop souvent, le résultat d'une simple résistance au changement mais bien l'expression d'une profonde inquiétude sur le sens même de leur travail. Dans ces conditions, ne serait-il pas temps de prendre soin du soin,... et par voie de conséquence des soignants ?

Le soin apparaît ainsi comme une réponse nécessairement inquiète à la

---

<sup>243</sup> Il est intéressant de noter qu'il existe une synonymie en latin entre *sollicitudo* et *cura* puisque tous deux signifient « sollicitude », « soin », mais aussi « souci pour l'autre ». Par la suite, *sollicitudo* sera plus volontiers traduit par « sollicitude » tandis que *cura* gardera ses deux sens « cure » (ou l'anglais entendra *to cure* et *to care*), c'est-à-dire « soin » et « souci ». Ainsi « sollicitude », « soin » et « souci » ont bien une même origine.

<sup>244</sup> J. TRONTO, *Un monde vulnérable, pour une politique du care*, La découverte, 2009, p. 143.

<sup>245</sup> Cfr D. SICARD, *La médecine sans le corps*, Paris, Plon, 2002 ; Vincent, DE GAULEJAC *La société malade de la gestion*, Paris, Le Seuil, 2005.

vulnérabilité première de tout être humain. Il existe ainsi, selon le philosophe tchèque Jan Patočka comme un sentiment chez l'homme de « *ne pas être attendu* » par le « *monde naturel* ». Seule la sollicitude « spontanée » des autres pourrait contrebalancer ce premier sentiment. Pour reprendre son expression, nous serions face à une « solidarité des ébranlés ». Le philosophe tchèque peut ainsi écrire :

*« Sensible à l' "in-justice", à l' "impropriété" (adikia), il réclame la "justice" (dikê) et la trouve effectivement dans la sollicitude des plus proches qui viennent au-devant de lui et l'acceptent, avant même qu'il ne soit là au sens plein du terme, par le simple fait d'exister ensemble et de créer ainsi un espace potentiellement couvert à l'intérieur duquel un nouvel être pourra être introduit »<sup>246</sup>.*

Il serait possible de soutenir que le soin constituerait dès lors la première réponse à cette terrible vulnérabilité. Marie-Françoise Collière avait donc vu juste :

*Soigner est le premier art de la vie*<sup>247</sup>.

Pour mieux le comprendre, revenons à un mythe grec, celui de Prométhée<sup>248</sup>. Cette histoire a été reprise par Platon dans un dialogue intitulé « Protagoras ».

Echangeant avec Socrate, le sophiste Protagoras y raconte que les dieux, après avoir façonné les êtres vivants, chargèrent deux Titans, Epiméthée et Prométhée, d'un bien étrange travail : distribuer équitablement à chaque espèce animale les

<sup>246</sup> J. PATOCKA, *Essais hérétiques sur la philosophie de l'histoire*, Paris, Ed. Verdiers, Lagrasse 1999, p. 61.

<sup>247</sup> M.-F. COLLIÈRE, *Soigner, le premier art de la vie*, Paris, Ed. InterEditions, Paris 1996.

<sup>248</sup> Nous nous référons et nous nous inspirons de l'excellent article de Svandra Philippe, « Le soin sous tension ? », in *Recherche en soins infirmiers*, 4/2011 (N° 107), p. 23-37.

qualités nécessaires à leur survie.

*« Au moment de produire à la lumière les races mortelles, les dieux ordonnèrent à Prométhée et à Epiméthée de distinguer entre elles toutes les qualités dont elles avaient à être pourvues. Epiméthée demanda à Prométhée de lui laisser le soin de faire lui-même la distribution. (...) Dans cette distribution, il donne aux uns la force sans la vitesse ; aux plus faibles, il attribue le privilège de la rapidité. (...)*

*Bref, entre toutes les qualités, il maintient un équilibre. (...) Après qu'il les ait prémunis suffisamment contre les destructions réciproques, il s'occupa de les défendre contre les intempéries qui viennent de Zeus, les revêtant de poils touffus et de peaux épaisses, abris contre le froid, abris aussi contre la chaleur. (...) »<sup>249</sup>.*

Cependant, dans sa distribution Epiméthée, qui (comme son nom l'indique « réfléchit après ») va oublier de servir les hommes, les laissant nus et sans défense.

*« Or Epiméthée, dont la sagesse était imparfaite, avait déjà dépensé, sans y prendre garde, toutes les facultés en faveur des animaux, et il lui restait encore à pourvoir l'espèce humaine. (...) Dans cet embarras, survient Prométhée pour inspecter le travail. Celui-ci voit toutes les autres races harmonieusement équipées, et l'homme nu, sans chaussures, sans couvertures, sans armes. (...) »<sup>250</sup>.*

Son frère Prométhée (celui qui « réfléchit avant »), pour réparer cet oubli fatal

---

<sup>249</sup> Cité par Svandra Philippe, « Le soin sous tension ? », *Recherche en soins infirmiers*, 4/2011 (N° 107), p. 31.

<sup>250</sup> Ibidem.

vouant les hommes à une mort certaine, se décida à dérober le secret des arts et du feu à Athéna et à Héphestos.

*« Prométhée, devant cette difficulté, ne sachant quel moyen de salut donner à l'homme, se décide à dérober l'habileté artiste d'Héphestos et d'Athéna, et en même temps le feu »<sup>251</sup>.*

En revanche, il ne pût voler comme il le projetait l'art de la sagesse politique à Zeus. Prométhée a donc voulu corriger la vulnérabilité première de l'homme en fournissant à celui-ci les moyens de s'ériger contre une misère existentielle subie. Les dieux puniront pourtant Prométhée de ces deux vols en l'enchaînant à un rocher, le flanc ouvert, un oiseau de proie mangeant son foie. Les dons de Prométhée, octroyés par le vol, permirent toutefois à l'homme non seulement de survivre mais aussi d'acquérir une puissance supérieure à tous les autres animaux.

Cette histoire peut être évidemment lue de bien des manières. La lecture la plus commune insiste sur la sagesse imparfaite de l'homme qui ne lui permet pas de maîtriser le pouvoir que lui donne la technique. Il faut bien reconnaître que cette lecture trouve un certain écho dans notre actualité récente. Ce mythe souligne ainsi un étrange paradoxe : l'homme aussi puissant qu'il soit reste un être fondamentalement fragile marqué à tout jamais par une vulnérabilité qui le différencie de tous les autres animaux. Seule la technique permettrait donc à l'homme de contrecarrer cette vulnérabilité première mais elle peut, s'il n'y prend garde, facilement se retourner contre lui.

Il ne faudrait pas cependant omettre la fin de ce mythe qui est tout aussi

---

<sup>251</sup> Ibidem.

instructif. Zeus, de peur que notre espèce n'en vint à s'entretuer, envoie Hermès apporter à tous les humains l'*aidôs* et la *dikê* pour constituer l'ordre des cités et les liens d'amitié qui rassemblent les hommes. Ainsi, soucieux qu'ils puissent vivre ensemble, Zeus leur donne à tous ces deux vertus. Si le terme de *dikê* qui signifie « justice » ne pose pas trop de problème de traduction, il n'en est pas de même de celui d'*aidôs*. Ce mot, souvent traduit par « vergogne » ou « retenue », signifie aussi chez Platon la modestie, l'égard, la pitié, la miséricorde, le respect. Il pourrait s'apparenter au sentiment de honte, fondé sur le respect qu'on se doit à soi-même autant qu'on le doit à autrui.

On rejoindrait ainsi une idée que l'on retrouve chez de nombreux philosophes, d'Aristote à Paul Ricœur en passant par Jean-Jacques Rousseau, qui font découler le respect d'autrui à l'estime que l'on a de soi-même. On peut voir dans l'*aidôs* une forme de relation bienveillante à soi qui s'étendrait naturellement aux autres et qui par conséquent ne serait pas si éloignée de l'idée même de soin. C'est ainsi qu'au travers du mythe de Prométhée, nous découvrons les trois éléments qui permettent à l'homme non seulement de survivre mais aussi de vivre en communauté : la technique, la relation bienveillante et la justice.

## **10.2. Trois dimensions de la qualité des soins**

Nous pouvons dès lors facilement faire un parallèle avec la qualité des soins dans nos hôpitaux. En effet, qu'attendons-nous d'un soignant lorsque nous sommes nous-même malades ?

**En premier lieu** qu'il soit **techniquement** compétent, qu'il sache isoler parfaitement notre mal et nos problèmes au point d'en faire un objet bien défini.

**En second lieu** qu'il soit compétent d'**un point de vue relationnel** en acceptant notre souffrance « inconditionnellement » et en nous accompagnant « subjectivement » avec attention, affection.

**En dernier lieu** qu'il soit compétent **éthiquement** en se montrant juste et respectueux de nos « droits ».

Ce portrait peut toutefois apparaître comme largement idyllique, car nous savons bien que dans la réalité la cohabitation de ces trois dimensions est loin d'être aisée. Ainsi, au cœur du soin se rencontrent, et souvent s'affrontent, **la technique, la relation bienveillante et la justice**. Bien que nécessaires et insubstituables ces trois dimensions se retrouvent en tension permanente.

Arrêtons-nous sur cette notion polysémique de tension. Il faut savoir qu'en physique, selon le dictionnaire *Le petit Robert*, la tension se rapporte à toute force qui agit de manière à séparer les parties constitutives d'un corps. Le risque est alors la rupture, la déchirure.

D'un point de vue plus abstrait, ce même dictionnaire caractérise la tension comme un effort intellectuel, une application soutenue et cite à titre d'exemple la phrase d'Albert Camus : « Il en faut de la volonté et de la tension pour ne jamais être distrait ». Il existe enfin un sens voisin qui renvoie à l'idée *de tendre vers*, d'effort pour atteindre un but et de citer à nouveau le même auteur : « cette foi qui n'était qu'une pure tension vers le royaume à venir ».

Ainsi le mot de tension est à la fois porteur de dangers comme rupture mais aussi de promesses comme dépassement.

### **10.2.1. Le premier élément qui met le soin en tension : la technique**

Comme nous l'a montré le mythe de Prométhée, l'homme, pour survivre, doit se faire technicien. Pour preuve, depuis la domestication du feu, la fabrication d'outils techniques a été ininterrompue dans les sociétés humaines. L'homme, en quittant le monde des animaux par l'usage de l'outil est devenu ce conquérant non seulement de la terre, mais aussi de l'espace. En réalité, l'évolution fut longue et n'a pas été linéaire. Cette ambition technicienne s'est longtemps heurtée à une nature divinisée considérée comme un temple où régnaient les dieux. A ce titre l'action sur le corps humain relevait de l'ordre de la transgression. Ainsi, même chez Hippocrate, le père de la médecine, régnait une certaine opacité. Le mystère restait présent et la clinique hippocratique n'était pas totalement détachée de certains mythes ou fantasmes.

Il faudra donc attendre Descartes pour qu'au moins un discours la nature, et par voie de conséquence le corps humain, puisse être accessible à un discours rationnel. Pour être plus précis, il faut noter que cette conversion mentale qui vise à « dédiviniser » la nature a débuté en réalité avec le christianisme. L'auteur du *Discours de la méthode* ne fera qu'amplifier cette œuvre de désacralisation en réduisant la nature en un simple objet (une substance étendue) d'exploration technique et mathématique.

Le propos de Descartes est limpide : pour connaître, il faut décomposer le réel en éléments (analyse) puis le reconstituer en faisant jouer les lois de la nature (synthèse). L'homme ne se contente plus d'admirer, de contempler la nature par la pensée comme chez les anciens, il cherche à la dominer et la posséder par la technique. Le but est tout aussi clair : conquérir le monde pour en devenir « comme maître et possesseur ». Il faut cependant garder à la conscience que cette façon d'envisager l'homme est avant tout et essentiellement une méthode. Pourtant, peu-à-peu cette idée d'un corps machine s'est installée dans les consciences. On retrouve cela aujourd'hui dans de nombreuses analogies

mécaniques. On utilise désormais volontiers les métaphores informatiques pour désigner, par exemple, des difficultés de perception ou de mémorisation (il n'imprime plus, son disque dur est saturé, etc.).

Il faudra toutefois attendre le début du XIX<sup>ème</sup> siècle, avec Claude Bernard, pour que cette idée puisse avoir une certaine efficacité en médecine. C'est ainsi que l'hôpital, lieu d'abord de charité puis d'assistance et de soin, s'est transformé peu à peu en temple de la science médicale pour devenir aujourd'hui ce « plateau technique » dans lequel les pratiques médicales, même les plus habituelles – qualifiées de routine – présentent un caractère de plus en plus technique. Nous devrions-nous nous en féliciter et nous contenter de manifester une reconnaissance éperdue à cette médecine qui nous veut tant de bienfaits.

Que serait la médecine aujourd'hui sans la technique et la science ? Que serait l'homme, et surtout l'homme malade, si fragile, si démuné, sans les secours de celle qui se présente comme sa plus valeureuse alliée ? Et ce monde technique, où est-il le plus évident pour le malade que dans nos centres hospitaliers ? Ainsi, la technique en matière de soin trouve sa raison d'être dans la préservation de celui qui est menacé. Cela va ainsi pour la qualité des soins dans ces milieux.

Les avancées de la médecine moderne, donc technique, sont évidentes et souvent positives, pourtant un profond malaise se fait jour. Y aurait-il alors un prix à payer à cette technique qui transforme le corps de l'homme en un simple objet d'étude ? Les bienfaits de la technique moderne en médecine n'auraient-ils pas un revers, une face sombre ?

Dans la préface d'un livre d'Amnesty International et intitulé *Médecins tortionnaires, médecins résistants*, Paul Ricœur a tenté de montrer comment la médecine en recourant à des techniques objectivantes peut aller jusqu'à s'apparenter à une forme de torture :

« *Le principal est que la participation de certains*

*médecins à la torture n'est pas une aberration sans lien aucun avec la pratique médicale honnête, mais elle constitue le pôle extrême d'une gamme continue de compromissions, dont l'autre pôle se confond précisément avec la pratique médicale « normale » [...].*

*En un sens, la profession médicale est en tant que telle une profession à risques, dans la mesure où la mise en œuvre du serment d'Hippocrate, qui voue le médecin et le personnel médical aux seuls soins de la vie et de la santé du patient, passe nécessairement et légitimement par des techniques objectivantes, lesquelles confèrent aux professions de santé un pouvoir sur le corps d'autrui paradoxalement dérivé du souci même de faire vivre et soigner»<sup>252</sup>.*

On comprend dès lors comment l'acharnement thérapeutique qu'il faut maintenant appeler « obstination déraisonnable », peut facilement apparaître comme un effet délétère des techniques de réanimation. Le malade se retrouve comme englouti par l'univers technique dont il finit (à son corps défendant, si l'on ose dire) par faire partie. Il est ainsi devenu d'usage de dire d'un malade en réanimation qu'il a été *techniqué* (voire, et ce n'est pas beaucoup mieux, *équipé*).

Ce jargon est instructif car en parlant ainsi on prend le risque de transformer le malade en un simple objet de la technique. La réalité de la personne peut dès lors facilement s'effacer derrière l'écran d'un scope, une imagerie sophistiquée ou des paramètres biologiques. D'où vient la panne ? Telle est la véritable question du soignant/technicien. Echographié, scannérisé, tomographié,

---

<sup>252</sup> P. RICOEUR, *Médecins tortionnaires, médecins résistants*, Paris, La découverte, 1990, p. 6.

ausculté, l'homme peut être aujourd'hui ainsi transformé en photon et reconstitué en trois dimensions, devenant plus vrai que nature. La représentation devient ainsi vérité et la clinique en arrive à disparaître. La médecine moderne devient peu à peu une « médecine sans le corps »<sup>253</sup>.

Qu'on s'en félicite ou qu'on le regrette, qu'on l'espère ou qu'on le redoute, le destin de la médecine moderne, c'est la technique<sup>254</sup>. Loin d'être un instrument passif, la technique en réalité possède sa propre logique, comme l'écrivait Claude Bruaire

*« d'elles mêmes (les techniques) pressent à leur totale mise en œuvre, s'organisant systématiquement pour imposer un ensemble de contraintes »*<sup>255</sup>.

L'oublier serait faire preuve d'une grande naïveté. En ce sens, ne faudrait-il pas soutenir que la technique n'est ni bonne ni mauvaise, mais d'abord ambivalente. Donatien Mallet montre que, même en situation de fin de vie, la technique peut nous entraîner dans l'excès (l'*hubris*) :

*« Quand une complication survient chez un patient en phase avancée d'une maladie létale, nous nous trouvons parfois totalement dépassés par la succession incessante d'informations fournies par les examens complémentaires. D'une image suspecte en échographie, va découler la nécessité de faire un scanner puis une RMN pour mieux comprendre ce qui se passe.*

<sup>253</sup> Voir de nombreux exemples dans L. RAVEZ, *Les amours auscultés, une nouvelle éthique pour l'assistance médicale à la procréation*, Paris, Cerf, 2006.

<sup>254</sup> A.-L. BOCH, *Médecine technique, médecine tragique*, Paris, Seli Arslan, 2009.

<sup>255</sup> C. BRUAIRE, *Une éthique pour la médecine*, Fayard, 1978, p. 101.

*Nous sommes pris et nous nous laissons prendre dans cet impératif d'aller dévoiler la lésion qui serait responsable de l'aggravation. Telle image anormale mériterait un autre examen, telle anomalie biologique implique un autre prélèvement. Presque indépendamment de notre volonté, les examens se succèdent entre eux, le patient se transforme en banque de données qu'il nous faut investiguer et formater en un discours scientifiquement intelligible»<sup>256</sup>.*

C'est ainsi qu'un doute s'installe. Agent d'exécution, simple interprète des résultats des analyses, le soignant se voit instrumentalisé par la technique puisqu'il n'aurait plus qu'à mettre en œuvre la thérapeutique prévue par les bonnes pratiques ou l'EBM (*Evidence based medicine*) qui se décline en EBN (*Evidence based nursing*). Ce développement considérable de la technique a pour conséquence secondaire une forme de scission au sein de l'institution hospitalière entre les services de pointe, c'est-à-dire hautement techniques, et les autres services, moins spécialisés, comme ceux de médecine générale, de psychiatrie ou de gériatrie.

Dans ces services les soignants se rendent alors vite compte que, sans recours à un médiateur technique, la relation à l'autre souffrant et singulièrement à son corps se vit difficilement. Lorsque l'on ne peut plus s'abriter derrière la science ou la technique, le face-à-face est lourd à porter, l'épreuve de la souffrance d'autrui est difficile à affronter. Il existe alors une tentation des soignants de mise à distance « défensive » vis-à-vis des relations intersubjectives pour s'absorber dans l'organisation et la technicité parfaite du « tout procédural ».

---

<sup>256</sup> D. MALLET D. et col., « Autonomie de la technique et régulation par des pratiques d'euthanasie », in *Ethique et Santé*, Masson, février 2005, p. 19.

Il est donc indispensable d'affirmer que l'interrogation éthique est fondée dès lors que l'objectivation d'autrui débouche sur l'oubli de la personne réelle comme être singulier inscrit dans sa temporalité.

Face à cette surenchère technique, la réponse peut parfois être paradoxalement l'abstention, le « lâcher prise ». C'est à ce moment, lorsqu'on décide de suspendre les techniques, lorsqu'il n'y a « plus rien à faire » que la médecine soignante réapparaît. Aujourd'hui, on arrive à soutenir que l'arrêt thérapeutique en réanimation peut être considéré comme un soin :

*« Dans certaines situations, le moyen le moins sacrificiel d'apaiser ces violences, c'est à dire le meilleur soin peut être de choisir une abstention des thérapeutiques. Mais, et particulièrement en réanimation, cette décision ne marque pas l'arrêt des soins, au contraire. Elle engage à une poursuite des soins engagés, et à leur complément par d'autres, plus spécifiques, plus long parfois »<sup>257</sup>.*

En ce sens, le soin peut avoir une fonction d'apaisement de la violence, violence liée à la maladie mais aussi aux traitements et à leurs conséquences. Non seulement le soin ne se limite donc pas à l'acte thérapeutique, mais l'acte thérapeutique lui-même peut, dans certaines conditions, ne pas être un soin.

Il n'en demeure pas moins qu'il ne faudrait pas procéder à cette assimilation simpliste et fautive qui voudrait que la médecine soit humaine tant qu'elle resterait sous-développée et serait forcément inhumaine du fait qu'elle deviendrait technique et efficace. Il s'agirait plutôt de comprendre pourquoi la

---

<sup>257</sup> F. POCHARD, M. GRASSIN, « L'arrêt thérapeutique comme soin en réanimation », in *Ethique et Santé*, Masson, mai 2004, p.97.

technique arrive à nous entraîner au-delà de notre volonté, et peut aller jusqu'à l'annihiler. Ce travail de compréhension nous montre alors que c'est moins le progrès technoscientifique qui est en cause que cette aspiration qui nous pousse à répondre à des désirs qui jusqu'à présent relevait du mythe ou de l'utopie.

C'est pourquoi, pour ne pas rester aveugle au sens de cette aspiration, la pratique médicale et soignante a besoin de lumières extérieures. En posant un regard sur la médecine moderne, la philosophie aide les soignants à mieux maîtriser les effets de la technique. Cette réflexion a été centrale au sein des soins palliatifs, elle doit nous permettre de revenir aux sources soignantes de la médecine.

Dans ces conditions, il s'agit de savoir comment pouvoir profiter des bienfaits de la technique sans y perdre son âme ? La solution la plus simple serait de chercher simplement à encadrer certaines utilisations de la technique. Cette idée relevant du bon sens semble pourtant inefficace car dans la réalité on assiste à chaque fois à l'effondrement rapide de l'encadrement des strictes indications.

Il nous semble qu'il faudrait plutôt opérer une « conscientisation » du caractère autonome et instrumentalisant de la technique. Il s'agit non pas d'en appeler au renoncement, mais simplement à la modestie, car en médecine tout n'est heureusement pas soluble dans la technique. Le meilleur moyen serait de faire appel à une forme de créativité soignante qui répondrait à cette volonté illusoire de tout contrôler. On peut résumer la question par cette formule :

*« il ne s'agit pas pour l'homme d'être humain malgré la technique, mais avec elle »<sup>258</sup>.*

Au Bénin, en matière de soin, la technicité est indispensable. Mais il faut ajouter un autre aspect : la relation entre le soignant et le soigné.

---

<sup>258</sup> Cité par F. POCHARD, M. GRASSIN, *art.cit.*, 2004, p.95.

### 10.2.2. Le deuxième élément qui met le soin en tension : la relation

Lorsque nous sommes nous-même malades, nous attendons naturellement qu'un soignant soit compétent techniquement. Nous refusons d'être *traités* comme un simple objet,... même de soin. Un abord purement technique est nécessairement vécu comme partiel et dissociatif. Comme le rappelait Georges Canguilhem,

*« on ne peut considérer uniquement le rapport du médecin au malade comme celui d'un technicien compétent à un mécanisme dérangé »<sup>259</sup>.*

Autrement dit, nous voulons être considérés non pas comme un cas, une maladie, mais comme un être unique, une personne *reconnue* comme telle.

Il y a une différence entre « *la relation à* » où le lien est cognitif ou technique à la « *relation entre* » qui est fondé sur un lien expressif entre les corps et les individus.

Il s'agit,

*« que celui qui souffre sache qu'il est quelqu'un pour celui qui soigne »<sup>260</sup>.*

Autrement dit, soigner ce n'est pas seulement soigner *quelque chose*, c'est aussi soigner quelqu'un. C'est ainsi que

*« pour soigner, il ne suffit pas de le pouvoir, il faut aussi le vouloir »<sup>261</sup>.*

Il ne s'agit pas seulement pour le soignant d'accomplir un rôle déterminé, mais d'inventer une relation toujours particulière avec celui qu'il soigne. La visée du

---

<sup>259</sup> G. CANGUILHEM, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? », in *Ecrits sur la médecine*, Seuil, 2002, p. 85.

<sup>260</sup> D. SICARD, « Prendre soin », in *La lettre de l'espace éthique AP-HP*, Hiver-été 2002, p.2.

<sup>261</sup> F.WORMS, « Les deux concepts du soin », in *Esprit, Les nouvelles figures du soin*, Janvier 2006, p. 145.

soin c'est bien l'autre, d'ailleurs si ce n'est pas le cas tous les risques deviennent possibles. C'est à cette seule condition que le soin peut devenir,

« *l'expression active du respect que l'on porte à **une personne irremplaçable, nécessaire*** »<sup>262</sup>.

Il est de tradition en philosophie de distinguer toutefois deux conceptions divergentes de ma relation à autrui :

**La première** est de nature affective, elle se retrouve dans la sympathie (comme chez Hume) ou dans la pitié (comme chez Rousseau).

**La seconde**, à laquelle Kant va donner ses lettres de noblesses, fait appel au respect. De nature universelle, elle relève d'un devoir moral impératif fondé sur la raison.

Plus globalement nous retrouvons à l'origine de l'éthique deux exigences :

**La première** s'exprime sous la forme d'une responsabilité *pour* autrui, d'autant plus forte que celui-ci se trouve en situation de vulnérabilité. Il s'agit ici d'agir selon le principe de bienfaisance, voire de bienveillance.

**La seconde** se traduit par une forme d'auto-limitation volontaire de ma puissance lorsque mon action engage autrui. Cette conception se justifie par le respect que l'on doit à la personne d'autrui, plus exactement à son autonomie.

Dans quelle catégorie faut-il alors placer la relation de soin ? Dans ce débat, il semble qu'il serait urgent, ... de ne pas choisir. Il s'agit en réalité d'associer les deux visages de la personne : celui de la vulnérabilité, particulièrement digne de compassion et celui de la capacité à l'autonomie, particulièrement digne de respect. Toutefois, il existe des situations où ces deux exigences se retrouvent en

---

<sup>262</sup> C. BRUAIRE, *Une éthique pour la médecine*, Fayard, 1978, p. 109. C'est nous qui soulignons.

tension, voire en opposition. En effet, le respect absolu de l'autonomie d'autrui peut servir de prétexte à une forme d'indifférence à son égard. Mais inversement, une responsabilité sans limite du soignant peut être ressentie comme une forme d'aliénation de la liberté du soigné, et cela d'autant plus facilement que ce dernier se trouve en situation de vulnérabilité.

Selon Paul Ricœur, seule la *sollicitude* peut permettre de dépasser le simple respect sans verser dans une sensibilité contingente par nature<sup>263</sup>. A la recherche d'une hypothétique bonne distance, la sollicitude, pour Ricœur, doit permettre au soignant d'être bienveillant tout en permettant à autrui de demeurer lui-même. Ne se limitant pas à la simple obéissance d'un devoir moral,

*« la voix de la sollicitude demande que la pluralité des personnes et leur altérité ne soit pas oblitérée par l'idée englobante d'humanité »*<sup>264</sup>.

Certes, cette reconnaissance bienveillante d'autrui ne fonde pas la dignité de l'individu, mais elle permet sa réalisation effective. Il est pourtant d'usage aujourd'hui de préférer au terme de sollicitude, mais aussi de compassion ou de sympathie celui d'empathie. Tous ces termes ne sont cependant pas synonymes et méritent qu'on s'y arrête un moment.

Ainsi, selon Gérard Reach, si la **sympathie** met en jeu un partage des émotions, l'**empathie** cherche à imaginer les émotions d'autrui.

*« l'objectif de l'empathie est de comprendre l'autre, celui de la sympathie est le bien-être de cette personne »*<sup>265</sup>.

---

<sup>263</sup> Rappelons-nous qu'il est toujours intéressant de noter qu'il existe une synonymie en latin entre *sollicitudo* et *cura* puisque tous deux signifient « sollicitude », « soin », mais aussi « souci pour l'autre ». Par la suite, *sollicitudo* sera plus volontiers traduit par « sollicitude » tandis que *cura* gardera ses deux sens « cure » (ou l'anglais entendra *to cure* et *to care*), c'est-à-dire « soin » et « souci ». Ainsi « sollicitude », « soin » et « souci » ont bien une même origine.

<sup>264</sup> P. RICŒUR, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990, p154.

<sup>265</sup> G. REACH, *Une théorie du soin*, Paris, Les belles lettres, 2010, p. 115.

L'associant à la *philia* (l'amitié aristotélicienne), la **sympathie** devient ici, comme forme soucieuse pour le bien-être d'autrui, proche à bien des égards du *care*. Le terme de compassion peut être étymologiquement considéré comme synonyme de sympathie (le premier est d'origine latine, le second d'origine grecque, les deux signifiant « souffrir-avec »). Marqué par le christianisme, le mot est aussi utilisé par les philosophes. Ouverture à autrui, la compassion se révèle alors comme une forme non nécessairement réfléchie de responsabilité vis-à-vis de la détresse d'autrui.

A titre d'exemple Emmanuel Mounier pouvait écrire :

*« Au moment où la complicité devient compassion, le monde de l'indifférence est brisé »<sup>266</sup>.*

Max Scheler rappelait que

*« compatir, c'est souffrir de la souffrance d'autrui, en tant que d'autrui. Dans aucun cas, il n'est question d'une fusion affective ou d'une identification quelconque avec autrui, d'une fusion affective ou d'une identification de ma souffrance avec la sienne »<sup>267</sup>.*

Avec elle, il s'agit d'abord de faire confiance à ce que l'on ressent, il y a ici une forme de « lâcher prise ». La compassion consiste à

*« accroître son propre sentiment d'exister en se rendant disponible à la souffrance d'autrui, c'est-à-dire, fondamentalement, en tentant une action pour soulager cette souffrance »<sup>268</sup>.*

<sup>266</sup> E. MOUNIER, *Malraux, Camus, Sartre, Bernanos. L'espoir des désespérés*, Seuil, 1953, p. 96.

<sup>267</sup> M. SCHELER, *Nature et formes de la sympathie*, Paris, Payot, 1971, p. 57.

<sup>268</sup> P. MOLINIER, *L'énigme de la femme active. Égoïsme, sexe et compassion*, Payot, 2003, p. 58.

Mais là encore, ne versons pas dans une vision éthérée ou utopique du soin. Nous savons bien que la dépendance et la vulnérabilité peuvent aussi favoriser des tendances perverses. Face à l'ordre que m'adresse le visage d'autrui la haine est en effet toujours possible, car

*« le visage du prochain m'obsède par sa misère »<sup>269</sup>.*

Venant perturber ma tranquillité, mon bonheur, ce commandement du visage d'autrui est en réalité terriblement violent. Ce serait, de ce point de vue, une erreur profonde de voir en l'auteur de *Totalité et infini* un penseur de la bonne conscience, de l'altruisme ou de l'humanitaire. Ainsi, de la même manière qu'il existe des limites à la technique, il existe des risques inhérents à la relation qui peut concerner chacun des protagonistes.

En pratique, il arrive que le soignant puisse voir se transformer la relation en une forme d'exigences « affectives » sans limite de la part de la personne souffrante qui en devient tyrannique. La sollicitude agissante peut facilement devenir une tâche ou un fardeau. Il nous faut à cet égard rester prudent face à une vision d'un dévouement soignant trop calquée sur la relation mère/enfant, car il existe un versant noir de la sollicitude. Cette sollicitude

*« se joue dans des tâches répétées, parfois ennuyeuses, dans un travail exigeant ou la relation est déséquilibrée entre celui qui fait et celui qui reçoit »<sup>270</sup>.*

Une part importante du travail du *care* est ainsi stigmatisée en termes de « sale boulot » par la société et ceux qui le réalisent. Par ailleurs, il faut bien

---

<sup>269</sup> E. LEVINAS, *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, Paris, Le livre de poche, 1978, p.118.

<sup>270</sup> F. BRUGERE, « La sollicitude. La nouvelle donne affective des perspectives féministes », in *Esprit*, *Les nouvelles figures du soin*, janvier 2006, p.138.

reconnaître que les mobiles qui nous font agir ne sont pas toujours transparents à nous-mêmes. Il peut même exister parfois une certaine jouissance du soignant dans le fait de réduire l'autre à un objet de soin ou à une main tendue. On ne peut pas nier qu'il existe des usages pervers de la compassion. Il est d'ailleurs aujourd'hui devenu de bon ton de critiquer cette sensibilité compassionnelle.

Toutefois, même si la critique peut être pertinente, cela ne doit aucunement nous empêcher de rappeler qu'un monde qui serait dépourvu de cette dimension ne serait plus vraiment un monde humain, un monde désirable. La compassion comme la sympathie relèvent au fond de la même expérience, celle de la reconnaissance mutuelle qui permet de passer de la dissymétrie à la réciprocité.

Il n'empêche que cette réflexion sur la négation du soin n'est pas inutile. C'est en effet lors de sa violation que le soin révèle, comme en négatif, son caractère essentiel. Ainsi, pour mieux comprendre la nature de l'éthique du soin, ne faudrait-il pas paradoxalement réfléchir à son opposé ? A cet égard, s'il existe un terme antinomique à celui de « prendre soin », ce serait moins « maltraitance » que « négligence ». Or, étymologiquement ce mot, composé du suffixe « neg » et du verbe « ligere », signifie littéralement « ne pas lier ». Le soin revient donc à nous lier les uns aux autres, à avoir du souci pour autrui.

L'éthique du soin, ce n'est donc rien d'autre que de refuser le risque toujours possible de l'abandon. Ainsi,

*« Prendre soin », c'est à la fois se relier les uns aux autres, de manière individuelle, expressive, globale, et s'absorber dans le détail minutieux de la chose, avec le dévouement technique mis à la préserver de la dégradation »<sup>271</sup>.*

---

<sup>271</sup> F. WORMS, *Le moment du soin*, Paris, PUF, 2010, p.36.

Cette faculté compassionnelle doit, sans (trop) se pervertir, se transformer alors en acte puisqu'il s'agit de poser les gestes qui soulageront celui qui souffre du fardeau qui risque de l'écraser. Ainsi aussi :

*« Prendre soin, c'est en même temps exprimer sa compassion et ne pas fusionner, être attentif, vigilant et non juge, dépositaire de bonnes pratiques médicales ou chirurgicales, tout en respectant le sujet »<sup>272</sup>.*

Mais comment y arriver lorsque le doute ou l'apathie voire l'aversion minent ce désir d'investir de l'énergie vers l'autre ? Il ne sert dans ce cas à rien de faire appel aux grands principes. Il faut opérer une sorte d'introspection. Concrètement, il s'agit de nous remémorer des expériences où nous avons bénéficié du *care* ou exercé le *care* en constituant une représentation particulière de nous-mêmes appelée « idéal éthique ». Lorsque

*« nous acceptons honnêtement nos amours, notre férocité innée, notre capacité de haine, nous pouvons utiliser tout ceci pour construire les protections et les alarmes qui doivent faire partie de l'idéal »<sup>273</sup>.*

Il existe aussi une autre forme de « prendre soin » qui, comme forme de « lien social » ne se limite pas seulement à une relation inter-individuelle mais à pour horizon la collectivité. Paul Ricœur a pu montrer que si la sollicitude (comme forme de relation courte) est possible c'est bien parce qu'elle débouche ou s'appuie sur des dispositifs sociétaux de l'ordre de la relation longue.

### **10.2.3. Le troisième élément de tension qui travaille le soin : la justice**

<sup>272</sup> D. SICARD, *op.cit.*, 2002, p.2.

<sup>273</sup> N. NODDINGS, *Caring : A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*, University of California Press ; 2<sup>ème</sup> édition, 2003.

Il s'agit donc de passer maintenant du soin comme une « relation inter-individuelle » (comme action sur le corps d'autrui), au soin comme manière de préserver le lien social (comme action sur le corps social).

A la relation de sollicitude, comme forme de responsabilité pour autrui, il nous faut ajouter alors la justice comme forme de responsabilité pour le lointain, l'inconnu. La parabole du « Bon Samaritain » est à cet égard intéressante puisque ce n'est ni le prêtre, ni le lévite (comme leur fonction l'exigeait) qui secoure l'homme attaqué par des brigands et laissé dans le fossé comme mort, mais le « lointain », celui qui n'avait aucune raison d'agir ainsi, le Samaritain considéré *a priori* comme un impie. D'une manière plus laïque, Ricœur rappelle que

*« la charité n'est pas forcément là où elle s'exhibe ; elle est aussi cachée dans l'humble service abstrait des postes, de la sécurité sociale ; elle est bien souvent le caché du social »*<sup>274</sup>.

David Hume avait à son époque réfléchi aux différences qui pouvaient exister entre la relation interindividuelle de sympathie et la justice. Son raisonnement pourrait se résumer ainsi : si la sympathie est une vertu naturelle, la justice est *antinaturelle*. Pour faire bien comprendre cette opposition de *l'artificiel* et du *naturel*, Hume dans le troisième appendice de *l'Enquête sur les principes de la morale*, a usé d'une métaphore particulièrement éclairante.

Ainsi, les efforts de la bienveillance, vertu *naturelle*, y sont comparés à la construction d'un mur « qui continue de s'élever à chaque pierre qu'on entasse », chacun apportant ainsi sa contribution comme bon lui semble, de

---

<sup>274</sup> P. RICOEUR, « Le *socius* et le prochain », in *Histoire et vérité*, Paris, Seuil, 1955, p.107.

manière spontanée. La justice, vertu *artificielle*, se voit quant à elle comparée

« à la construction d'une voûte dont chaque pierre, si elle était isolée, tomberait sur le sol et dont l'édifice entier n'est soutenu que par l'assistance mutuelle et la combinaison de ses parties »<sup>275</sup>.

Ici chacun doit agir en tenant compte des autres, la cohérence dans les actions est dès lors primordiale.

Paul Ricœur et Emmanuel Levinas se sont eux aussi efforcés de penser ensemble cette tension entre l'individuel et le collectif, entre le proche et le lointain. Par des voies différentes ils ont cherché l'un comme l'autre à réintroduire la question de la justice au sein de la relation interpersonnelle. Selon Paul Ricœur, s'il n'y a pas similitude entre justice et sollicitude, il existe une concordance, un espace commun, une passerelle entre ces deux mondes. Ainsi :

« L'égalité est à la vie dans les institutions ce que la sollicitude est aux relations interpersonnelles (...) le sens de la justice ne retranche rien à la sollicitude ; il la suppose, dans la mesure où elle tient les personnes pour irremplaçables. En revanche la justice ajoute à la sollicitude, dans la mesure où le champ d'application de l'égalité est l'humanité entière»<sup>276</sup>.

La justice se situe dès lors à la frontière de l'éthique, de la morale et du droit. Le juste peut être en ce sens tiré soit du côté du « bon », soit du côté du « légal ». L'idée ricœurienne de justice se situe en effet à la fois sur le plan interpersonnel (privé) et sur le plan institutionnel (public). Pour preuve, au-delà des normes

---

<sup>275</sup> D. HUME, *Enquête sur les principes de la morale*, Paris, Flammarion, col. « Le Monde de la philosophie », 2008, p. 461.

<sup>276</sup> P. RICŒUR, *Soi-même comme un autre*, Paris, Ed Seuil, col. « Points Essais », 1990, p. 236.

juridiques il existe une origine quasi immémoriale de l'idée de justice, ou plus exactement de l'injustice car c'est cette expérience qui est première.

C'est pourquoi :

*« le sens de la justice ne s'épuise pas dans la construction des systèmes juridiques qu'il suscite »<sup>277</sup>.*

Cependant, il est inévitable que l'idée de justice s'engage à terme dans les voies du formalisme qui caractérise, pour Paul Ricoeur, le moment de la morale puis celui du juridique. Il refuse ainsi de dissocier une éthique des relations courtes du proche d'une éthique des relations longues avec le lointain. Ne s'agirait-il pas de s'atteler à la difficile mission de tenter de (re)lier la question du bien avec celle du juste. Pour Albert Camus, il ne faut jamais oublier que

*« la justice est à la fois une idée et une chaleur de l'âme »<sup>278</sup>.*

Emmanuel Levinas a aussi pensé à la question de la justice. Il a perçu à cette occasion une limite à l'obligation que constitue la responsabilité pour autrui. Certes, ce dernier apparente la relation éthique à une obligation du fort vis-à-vis du faible, de l'homme debout vis-à-vis de l'homme couché. Toutefois, l'auteur nous rappelle aussi une vérité incontournable : autrui n'est pas seul. Il y a le tiers, l'autre autrui en quelque sorte. En interrompant le face-à-face que j'ai avec autrui, je me dois d'établir une relation de responsabilité avec l'autre homme.

Pour le dire plus simplement, je n'ai pas le droit de donner tout à l'un et léser ainsi le tiers. Cette présence a alors une conséquence essentielle : elle m'oblige à modérer le privilège que je dois à autrui. En exigeant la comparaison, le tiers pose problème, car avec l'arrivée du « troisième homme » commence la justice

---

<sup>277</sup> P. RICOEUR, « Ethique et morale », in *Lecture 1*, Seuil, 1999, p. 261.

<sup>278</sup> A. CAMUS, *Ecrits politiques*, Paris, Folio Essais, 2003, p. 35.

(c'est donc ici que nous passons de la responsabilité *pour* à la responsabilité *devant*). La justice représente ce qui impose une limite à la relation exclusivement interpersonnelle. Pour Levinas, prendre en compte ces interrogations revient à

« *peser, penser, juger en comparant l'incomparable* »<sup>279</sup>.

De ce point de vue, le Tiers représente le moment de la justice, car si dans le face-à-face, je suis l'obligé d'autrui (et parfois même jusqu'à son otage), dans un collectif ou dans une institution se pose une autre question, celle de savoir qui a le plus besoin de moi, qui doit passer le premier ? L'autre n'est alors plus considéré comme un être rencontré ici et maintenant, il se comprend comme une disposition intérieure à tenir compte d'un autre indéfini qui est au fondement de mon rapport avec le monde. Ne sommes-nous pas en réalité face à une difficulté de nature profondément éthique : celle qui doit nous faire passer du proche au prochain, puis au lointain ?

Il n'empêche que si la justice affecte bien ma relation au prochain, elle n'exonère en rien la responsabilité première et incessible qui demeure face au visage d'autrui. C'est pourquoi Ricœur nous invite à dépasser cette opposition car si l'individu ne doit en aucun cas être sacrifié à la communauté, la communauté ne doit pas pour autant être sacrifiée à l'individu. Soulignons que ces questions sont loin d'être théoriques puisqu'elles se posent concrètement au quotidien.

En pratique, pour le soignant occupé par un malade, ce tiers peut être celui qui attend son tour, la sonnette qui retentit, le blessé grave qui peut arriver à tout moment aux urgences, la personne dont l'état s'aggravant doit être transférée dans un service de réanimation où il faut trouver un lit. A chaque fois une sélection doit être faite, qui doit être prioritaire ? Il s'agit alors bien de comparer l'incomparable. Si les critères doivent être justes, c'est-à-dire équitables et

---

<sup>279</sup> E. LEVINAS, *Ethique et infini*, Paris, Le livre de poche, 1996, p. 84.

transparents, il n'en demeure pas moins que ces choix, bien que nécessaires, sont éthiquement (et humainement) toujours difficiles. Le soin est donc un « bien social » qui impose une répartition socio-économique juste.

De manière plus générale, c'est l'établissement de règles de vie en commun considérées comme équitables qui permet de réaliser ce désir de *vivre ensemble*, de créer *une forme d'empathie collective*. Il s'agit alors d'introduire la notion de justice au sein de la solidarité. Si le juste se place, comme le soutient Paul Ricœur, entre le légal et le bon, il est possible de penser que pour réunir dans la justice, solidarité et sollicitude, il faille faire alors appel à une troisième notion : *La fraternité*.

Catherine Chalier s'interroge pour savoir comment la fraternité pourrait fonder notre être ensemble au moment où il est menacé d'un côté par les passions individuelles et de l'autre par des fièvres religieuses ou communautaires ? A condition de résister à toute tentation fusionnelle, la fraternité se pose comme un espoir fragile qui constitue la seule perspective qui puisse nous permettre aujourd'hui de dépasser les égoïsmes et les intérêts particuliers. La fraternité n'a de sens que parce qu'elle affirme que les hommes sont les membres d'une même famille originaire. Ainsi :

*« Aucune famille de la terre ne pouvant se prévaloir d'une origine différente et supérieure, quiconque prétendrait justifier l'oppression, la soumission, voire l'extermination de certains hommes au nom d'une hiérarchie entre les races humaines, se voit ici condamné »<sup>280</sup>.*

Pour Robert Antelme :

*« La distance qui nous sépare d'une autre espèce n'est pas*

---

<sup>280</sup> C. CHALIER, *La fraternité, un espoir en clair-obscur*, Paris, Editions Buchet-Chastel, 2003, p. 40.

*historique, il n'y a pas des espèces humaines mais il y a une espèce humaine »<sup>281</sup>.*

Contrairement aux droits de l'homme, dans la fraternité les droits et les obligations préexistent aux individus. La fraternité correspond à cette capacité cachée au plus profond de chacun de nous, à se laisser visiter par cet impératif du « pour autrui » qui n'est pas un appel aux bons sentiments ou une injonction moralisatrice et ressemble plutôt à la vision que nous défendons du soin. En ce sens, à l'image de la sollicitude chez Paul Ricœur,

*« la fraternité (pour Cathérine Charlier) ne relève ni d'un élan du cœur envers autrui ni d'une décision rationnelle qui porterait à le respecter »<sup>282</sup>.*

La fraternité représente une forme d'alliance qui

*« impose une réflexion sur l'humain dont aucune analyse politique n'épuise le sens et elle passe par un réseau d'obligations qui incombent aux personnes sans relever d'un choix autonome de leur part et sans idée de réciprocité »<sup>283</sup>.*

On peut penser ici évidemment à la fraternité comme alliance entre les générations qui correspond à cet impératif de souci pour la vie fragile d'autrui, sans attendre pour autant de contrepartie. On peut y voir une dette de nature symbolique qui ne s'acquitte cependant pas en restant tourné vers l'arrière en versant un tribut infini à la figure parentale. Au contraire elle se solde en se tournant vers l'avant, vers un avenir ouvert. Ainsi,

*« Cette dette ne consiste pas à rendre ce que l'on nous a*

<sup>281</sup> R. ANTELME, *L'espèce humaine*, Paris, Ed. Gallimard, col. Tel, 1978, p. 230.

<sup>282</sup> C. CHALIER, *La fraternité, un espoir en clair-obscur*, Paris, Editions Buchet-Chastel, 2003, p.56.

<sup>283</sup> Idem, p.135.

*donné, mais à la faire fructifier pour soi-même et pour d'autres et d'en faire une histoire nouvelle »<sup>284</sup>.*

Dans la fraternité, il y a un lien antérieur à toute liaison choisie qui n'est pas fondé sur un acte de liberté. Dans l'esprit de la philosophe, la fraternité prendrait, à l'image du visage de Levinas, sa source dans un « avant » immémorial, dans une alliance préoriginale.

D'un point de vue plus politique, il apparaît que la fraternité ajoute au lien social une dimension affective. Même si son origine chrétienne est manifeste, la fraternité est aujourd'hui une valeur laïque. Elle reste le fondement d'un lien social toujours à réinventer. Elle représente une forme de charité laïque, de compassion profane, de sympathie collective. L'existence d'une fraternité partagée en réunissant justice et empathie peut créer ainsi les conditions d'un désir collectif de *vivre ensemble* dont le soin représente sans conteste une des plus belles expressions.

Nous devons insister qu'au Bénin, le soin doit toujours avoir une dimension à la fois technique, relationnelle et sociale ; occulter l'une de ces dimensions ce n'est rien d'autre que le mutiler. Pourtant, nous savons qu'il existe et qu'il existera toujours, des limites relationnelles, économiques, et même techniques à l'exercice du soin. D'autant plus que le soin est une activité humaine qui ne saurait être sorti de son contexte culturel, social et politique du moment.

### **10.3. Trois évolutions de la modernité ne favorisant pas la perspective du soin.**

La première est liée, à la rationalisation excessive du travail soignant, la seconde

---

<sup>284</sup> J.-D. CAUSSE, *L'instant d'un geste, Le sujet, l'éthique et le don*, Labor et Fides, 2004, p. 39.

au poids considérable de la gestion dans nos institutions, la dernière au développement constant d'une forme de médicalisation de la vie.

### 10.3.1. La première évolution

Elle est liée à une rationalisation et une standardisation toujours plus grande des pratiques de soin, s'est faite (du moins officiellement) moins au nom de l'efficacité ou de la productivité, que de la sécurité et de l'incontournable principe de précaution.

Face à l'émergence de cette pensée procédurale, des questions éthiques majeures se posent. Cette manière de pratiquer la médecine et le soin constitue certes une aide pour des décisions techniques. Devant l'immensité du savoir médical moderne, il est normal qu'on tente d'aider le soignant par des schémas simples, lui permettant de *traiter* sans être trop dépassé par les avancées d'une science toujours plus complexe. S'il ne s'agit donc pas de remettre forcément en cause l'utilité de ces procédures, il n'en demeure pas moins que leur usage trop systématique présente certains risques. Ainsi, des protocoles rigides prolifèrent dans les domaines qui étaient jusqu'à présent du ressort des rapports humains, de l'éthique des soignants.

La difficulté est liée au statut hybride de la médecine qui se situe à la croisée de l'art et de la science, de l'expérience et du savoir. La finalité même de ces deux médecines diffère car lorsque la « médecine-art » vise au soin, la « médecine-science » cherche à établir un savoir. Dans le premier cas le soignant doit faire appel à une certaine forme de savoir-faire, d'habitude *et* de création. Dans le second cas, en se référant aux bonnes conduites, ou autres *guidelines*, il s'agira pour lui de faire ce qui est scientifiquement prouvé. D'homme d'expérience le soignant fait place à l'expert. Dans le cas d'une médecine scientifique, l'objectif

thérapeutique est en effet d'abord de tenter de rendre intelligible, de *rationaliser* l'avenir à partir d'extrapolation probabiliste. Cette volonté de rationalisation peut alors déboucher à terme sur une véritable mise en équation du réel qui se traduit en langage statistique, à l'aide de scores de gravité, d'échelles d'évaluation, d'arbres décisionnels, de stratégies dûment validées, ou autres QUALY<sup>285</sup>.

Nous sommes ici à la source de ce que l'on appelle l'EBM (la médecine par les preuves) dont l'intérêt n'est pas forcément à remettre en cause puisqu'il est incontestablement utile de connaître le niveau de preuve de l'efficacité d'une démarche diagnostique et thérapeutique. Il n'en demeure pas moins que la situation peut devenir parfois tragique quand l'objet de la quantification est la souffrance de l'être humain.

Ainsi des décisions thérapeutiques engageant l'avenir d'un patient peuvent être prises à la seule vue d'études statistiques. Nous serions alors devant un processus qui déboucherait automatiquement sur « la » bonne décision, la « *one best way* » qu'il suffirait sans réfléchir de suivre. Reste à savoir si ces preuves sont véritablement au service du malade ? N'ont-ils pas surtout pour but de décharger le soignant du poids de sa responsabilité ?

Quoiqu'il en soit, les soignants savent bien par expérience que les situations de soin sont toujours singulières. A chaque fois, il s'agit de discerner dans le champ des possibles la meilleure des décisions afin d'atteindre le bien pour *ce* malade,

---

<sup>285</sup> Ce concept de QUALY (Quality-adjusted life years) que l'on peut traduire par « espérance de vie ajustée sur la qualité de vie » est un indicateur qui exprime l'impact (positif ou négatif) sur la santé en nombre d'années de vie perdues (ou gagnées), pondérées par la qualité de vie.

D'inspiration clairement utilitariste la technique consiste à pondérer les années de vie par les préférences accordées par les patients à chacun des états de santé possibles. Ces préférences sont calculées en utilisant des méthodes d'économie expérimentale où des sujets parient un état de santé contre un autre ou font un « marchandage de temps » (exercice du type : Préférez-vous vivre un temps T1 avec un handicap, ou vivre en temps T2 (inférieur à T1) en parfaite santé ?).

*hic et nunc.*

Le clinicien expérimenté sait d'ailleurs bien que les malades s'ingénient à ne jamais répondre exactement aux prévisions statistiques. Tout l'art du soignant consiste dès lors à jauger, juger le point d'équilibre de cette balance entre art et science, le juste milieu de ce qu'il convient de faire. Autrement dit, de savoir faire reposer son art, son intuition sur des connaissances qui, elles, doivent être évidemment rationnelles.

Il faut rappeler que cette volonté de rationaliser à tout prix les pratiques nous vient historiquement du secteur de la production industrielle qui considère que la qualité passe par l'élimination de toute forme de subjectivité. Pourtant, dans le domaine du soin, cette approche semble non seulement inadaptée mais surtout contraire à l'éthique même de l'activité soignante.

Prenons l'exemple d'une action aussi (apparemment) simple qu'une toilette. Il serait toujours possible de protocoliser la toilette pour en faire une toilette estampillée par exemple « bienveillance ». Il s'agirait alors de définir des critères d'efficacité facilement évaluable car reproductible. Ce serait pourtant oublier l'essentiel, à savoir qu'au-delà de l'acte d'hygiène la toilette peut aussi devenir une action porteuse de sens pour le soignant comme pour le soigné. Ainsi,

*« Comprendre les actes de la toilette que je « fais » pour une personne qui ne peut l'effectuer elle-même, c'est m'intéresser à ces actes dans le projet qu'ils soient porteurs de sens pour l'autre et pour moi. C'est donner à ces actes de toilette la tournure, les manières de faire qui permettent de les saisir, d'en admettre les contraintes, d'y accéder au-delà de leur signification d'actes d'hygiène, comme actes de*

*soin*»<sup>286</sup>.

C'est à cette seule condition que la toilette peut devenir un lieu de rencontre comme dans le cas de la maladie d'Alzheimer. C'est en effet par des gestes tactiles et simples - en investissant le corps – que des repères peuvent renaître.

En ce sens, si le soin demande certes un *savoir-faire*, il s'exprime aussi comme un mode de relation à autrui, un accompagnement qui se caractérise par un déplacement de l'intérêt que je porte à ma réalité vers celle de l'autre. Cette condition d'ouverture et décentrement implique un investissement physique, psychique et affectif qui donne toute sa spécificité à ce travail difficile. Ainsi :

*« L'activité soignante n'est jamais stabilisée. (...) Schématiquement, elle est de l'ordre du mouvement perpétuel et du mobile. Elle ne se laisse pas enfermer dans des protocoles et des routines présentés comme sécurisants dans la mesure où « l'on ne sait jamais » ni la nature du message, ni son intensité, ni le moment auquel il sera délivré»*<sup>287</sup>.

### **10.3.2. Deuxième évolution : La gestion au cœur de la relation de soin**

Dans toutes les formations médicales, celles du Bénin n'en font pas exception, la mise en place de la Tarification à l'Activité (T2A) basée sur l'identification de Groupe Homogène de Malades (GHM), nous assistons à une emprise de plus en plus prégnante de l'économie dans nos institutions de soin.

Nous savons bien que la question économique en matière de soin ne peut être occultée. L'Etat ne veut plus instaurer un droit à la santé qui signifierait un droit

---

<sup>286</sup> B. HONORE, *Pour une philosophie de la formation et du soin*, Paris, L'Harmattan, 2003, p. 114.

<sup>287</sup> M. NADOT, « Au commencement était le "prendre soin" », in *Revue Soins*, N° 700, novembre 2005, 39.

à engager sans limites les finances publiques<sup>288</sup>.

Lorsqu'il est mis en œuvre au niveau d'une nation, et n'est plus l'œuvre de solidarité familiale ou de proximité, le soin comme sollicitude active présente un coût financier et social considérable.

De nombreux textes estiment qu'une gestion efficace du système de soin est à la fois une exigence de santé publique (la qualité des soins en dépend au moins en partie) et une obligation éthique (ne pas gaspiller l'argent public revient à ne pas compromettre la santé des plus démunis ni celle des générations futures)<sup>289</sup>.

Il faut admettre que l'institution hospitalière doit être, comme toute institution, organisée et gérée avec la plus grande compétence possible. Or, pour y parvenir les gestionnaires ont besoin d'éléments chiffrés, comparables et fiables.

Cette volonté est légitime mais elle risque de réduire le soin à un service, voire un produit comme un autre. Jusqu'à très récemment l'*éthos*, autrement dit la culture professionnelle, des médecins comme des soignants avait constitué un frein puissant à cette rationalisation, et cela d'autant plus facilement que les outils manquaient pour la mettre concrètement en œuvre.

Mais dès lors que l'informatisation permet une comptabilité hospitalière efficace, cette résistance apparaît facilement comme un simple réflexe corporatiste, voire une attitude d'arrière-garde. Il faut transformer l'activité hospitalière en autant d'unité d'actes standardisés, donc comparables dans le temps et suivant les lieux de production. Chaque regroupement représente comme une sorte « d'idéal type » de malade.

---

<sup>288</sup> Cfr B. MATHIEU, « Un droit à la santé ? », in GUILLAUME - HOFNUNG M (sous la direction de), *Droits des malades, vers une démocratie sanitaire ?*, Paris, La documentation Française, 2003, 42-43.

<sup>289</sup> Cfr en France le cas de l'Avis n° 104 du CCNE, « Le dossier médical personnel et l'informatisation des données de santé », mai 2008 (site internet du CCNE).

Les activités médicales doivent s'intégrer dans une classification et se référer aux bonnes conduites, ou autres *guidelines*. Il s'agit de faire ce qui est prouvé statistiquement. Relevant d'actes techniques, standardisés qui font l'objet de protocoles précis, ces activités peuvent répondre à des critères d'évaluation facilement quantifiables. Pourtant, plusieurs actes ne se plient pas aux fourches caudines de la standardisation qu'entraîne nécessairement la tarification standard. La gériatrie, la psychiatrie, la rééducation ou les soins palliatifs répondent mal à cette forme de tarification. Cette manière de classer les malades choque d'ailleurs légitimement de très nombreux soignants. Comment, en effet, dans une approche soignante, accepter que des patients – classés par groupes homogènes – puisse relever d'une même démarche diagnostique et thérapeutique comme si tout n'était que produit échangeable, sans spécificité individuelle ?

En privilégiant la comptabilisation des actes techniques au détriment de l'écoute ou d'examen cliniques longs et précis, la tarification standard risque de considérer comme « non rentables » beaucoup de patients accueillis notamment en médecine générale, en psychiatrie, en gériatrie ou en pédiatrie, dont le coût réel de la prise en charge n'apparaît pas dans la grille de calcul<sup>290</sup>.

Cette tarification ne prend en effet pas en compte le temps passé auprès du malade pour l'écoute et l'examen clinique approfondi. Au fond elle est faite pour mesurer la quantité, pas la qualité ; les procédures standardisées, pas la complexité ; les gestes techniques, pas l'acte intellectuel ; le *cure*, pas le *care*. Il y a risque de dévalorisation par la tarification du *care* vis-à-vis du *cure*. Il faut dire que ce travail ne laisse pas de trace, ne se voit pas, ce n'est que lorsqu'il est

---

<sup>290</sup> Cfr CCNE. Avis N° 101 du CCNE, « Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier », juin 2007 (Site internet du CCNE) ; J.-G. BOULA, « De la dignité humaine dans les soins », in *Perspective soignante*, Seli-Arslan, Avril 2007, n° 28, pp. 86-101.

mal ou non fait qu'il apparaît alors comme en négatif. Le *care* ne peut entrer dans le circuit de l'évaluation quantitative sans être menacé dans sa nature même. En effet, certains biens doivent rester inévaluables (du moins d'un point de vue quantitatif). Echappant au monde purement marchand, ils relèvent d'une économie différente.

Comment dès lors reconnaître ce travail du soin sans le réduire à des actes standardisés, comment montrer qu'au-delà du seul aspect économique l'exigence sociale est à prendre en compte. Ne nous faudrait-il pas dès lors fonder une autre forme d'évaluation plus qualitative. En confrontant la légitimité de mes actes à l'avis des autres, il s'agit de favoriser un « juste soin ». Pour y parvenir, nous devons valoriser ce que la psychodynamique du travail appelle le jugement de « beauté » qui est le complément nécessaire au seul jugement d'utilité.

L'enjeu est de taille puisqu'il s'agit de reconnaître socialement ce travail du *care*, le rendre visible, sans le réduire pour autant à une suite de tâches, sans perdre sa signification même. C'est ici que la parole des soignants devrait prendre toute sa place. Ce sont en effet eux qui ont la plus grande légitimité pour témoigner de l'humanité de ceux dont ils s'occupent et rendre manifeste leur besoin de prise en charge. En se faisant responsabilité pour autrui, le soin atteste alors de l'humanité de celui-là même qui le prodigue tout autant que de celui qui le reçoit. Pour Jean-Gilles Boula, les soins sont une

*« ... tentative de dépassement, définie en tant que travail à faire pour promouvoir la dignité humaine »<sup>291</sup>.*

### **10.3.3. Troisième évolution : La médicalisation de la vie**

---

<sup>291</sup> J.-G., BOULA, *op.cit.*, 2007, p. 99.

Le dernier aspect à prendre en compte est la médicalisation de la vie qui apparaît à certains comme l'expression d'un désir de contrôle et de toute puissance. Ainsi, depuis sa naissance (avec la technicisation de la procréation) jusqu'à sa mort (avec la demande de plus en plus pressante d'euthanasie) tout doit pouvoir être sous contrôle.

Pour Ivan Illich, cette

*« médicalisation de la vie » qui déresponsabilise et transforme tout un chacun « en patients que la médecine teste et répare, en administrés dont la santé est prise en charge par une bureaucratie médicale (...). » Le résultat, c'est « une société morbide qui exige une médicalisation universelle et une institution médicale qui certifie une morbidité universelle »<sup>292</sup>.*

C'est ainsi que d'un droit aux soins légitime, on serait passé à un droit à la santé irréaliste. La médecine finit alors par n'avoir plus d'extérieur car ce phénomène se fond aujourd'hui dans l'invisibilité du quotidien de l'existence humaine. Cette évolution s'explique par le caractère infini du désir de santé.

Aujourd'hui, pour plusieurs penseurs, la santé est devenue la religion civile d'une société elle-même plus ou moins irréligieuse :

*« Le médecin a remplacé la confession par le bilan sanguin dont le malade attend angoissé les résultats craignant que l'écart alimentaire mis à jour par l'analyse soit sanctionné non plus par la récitation psalmodiée de deux Pater et trois Ave mais (quand même) d'un régime de pénitence »<sup>293</sup>.*

<sup>292</sup> I. ILLICH, *Némésis médicale*, Paris, Seuil, col. « Techno-critique », 1975, p. 80.

<sup>293</sup> C. GILIOLI, « La médicalisation de la vie », *Gestions hospitalières*, Janvier 2008, n° 472, p. 34.

Nous assistons alors à une forme de sacrifice du présent demandé par la médecine afin d'honorer la déesse santé. De moyen, la santé devient une fin en soi. Ce désir de santé devenant insatiable finit pourtant nécessairement par se heurter à des moyens qui, eux, sont finis et limités tant du point de vue technique que financier.

Il faut bien reconnaître que nous assistons aujourd'hui à une évolution. Ainsi, en ce début du XXI<sup>e</sup> siècle, la médecine cherche à dépasser sa vocation hippocratique première. Certains traitements ne sont plus destinés à guérir ou à soigner, mais à améliorer des performances ou modifier l'homme. Pour Claude Bruaire,

*« La masse croissante de la consommation médicale, chirurgicale et pharmaceutique, ne répond pas à la demande de guérir, de conjurer la souffrance et la mort, mais à l'appétit illimité d'une vie plus facile, mieux façonnée, plus satisfaite de ses apparences, anesthésiée et constamment soignée »<sup>294</sup>.*

Ce mouvement désigné par Hans Jonas de *méliorisme* pose non seulement des questions éthiques majeures mais a aussi des conséquences directes sur la conception que nous nous faisons du soin. Quand les soins ne sont plus destinés à soigner ou à guérir mais à améliorer des performances, la relation soigné / soignant change de nature. A médicaliser à l'extrême la vie, on risque de remettre en cause la spécificité même du soin. Autrement dit, si tout est appelé à devenir soin,... le soin risque simplement de se dissoudre dans l'hypermédicalisation et de finir par disparaître.

---

<sup>294</sup> C. BRUAIRE, *Une éthique pour la médecine*, Paris, Fayard, 1978, p. 26.

Ne faudrait-il pas dès lors revenir aux sources du soin en rappelant que le soin vise non pas à changer l'homme, ni même à l'améliorer mais à aider *cette* personne *ici et maintenant* à traverser une épreuve existentielle. Le soin (particulièrement dans le cas des maladies chroniques ou dégénératives) se propose non pas de changer la personne mais de la réinscrire dans son existence. Comme le rappelle fort justement Paul Ricœur :

« la souffrance n'est pas uniquement définie par la douleur physique, ni même par la douleur mentale, mais par la diminution, voire la destruction de la capacité d'agir, du pouvoir-faire, ressenties comme une atteinte à l'intégrité de soi »<sup>295</sup>.

Encore ne faudrait-il pas médicaliser des souffrances qui relèveraient d'un désir de dépassement ou de réussite sociale, voire d'immortalité. En ce sens, le vieillissement ou la mort ne peuvent (et ne doivent) être considérés comme des maladies puisqu'ils relèvent de notre condition humaine,... trop humaine.

L'individu peut se présenter dès lors, selon Ricœur, sous deux visages, celui de l'homme capable car autonome, ou celui de l'homme souffrant car vulnérable. S'agissant de l'homme capable, Ricœur a proposé dans *Soi-même comme un autre* une typologie de ces capacités qui se présentent ainsi : « pouvoir dire », « pouvoir agir », « pouvoir (se) raconter » et « pouvoir s'attribuer une part des conséquences de l'action ».

Il apparaît cependant que, pour Ricœur, l'autonomie de l'individu se mesure moins au travers des actes accomplis que des capacités à les accomplir. La question devient alors moins celle de l'autonomie que de la capacité qu'a la personne à s'en servir. En conséquence, il nous faut considérer non pas ce que l'individu choisit finalement, mais bien l'ensemble des choix qui s'offre à lui.

---

<sup>295</sup> P. RICŒUR, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, col. « Points Essais », 1990, p. 223.

Ainsi,

« *L'existence n'est pas ce qui s'est passé, l'existence est le champ des possibilités humaines, tout ce que l'homme peut devenir, tout ce dont il est capable* »<sup>296</sup>.

Le soin retrouve ainsi sa vocation première : proposer une aide à celui qui se trouve, ponctuellement ou durablement, en situation de vulnérabilité ou de souffrance. L'objectif devient dès lors clair : aider *cette* personne à retrouver ses capacités, ou à en inventer de nouvelles, afin de laisser ouvert au maximum le champ des possibles. C'est peut-être autour de cet objectif que nous pourrions trouver ensemble les voies qui nous permettront de mieux penser le soin.

Osons un parallèle entre le travail du soin et celui de Sisyphe. Parmi les différentes versions de ce mythe, la plus connue raconte que Sisyphe ayant demandé à sa femme de ne pas lui faire de funérailles adéquates, arriva à convaincre Hadès (le maître des enfers) de le laisser repartir chez les vivants pour régler ce problème. Une fois revenu à Corinthe, il refusa de retourner parmi les morts. Thanatos dut alors venir lui-même le chercher de force. Pour avoir osé défier les dieux, Sisyphe fut condamné à une peine terrible : faire rouler éternellement jusqu'en haut d'une colline un rocher qui redescendait chaque fois avant de parvenir à son sommet. On perçoit l'absurdité du personnage, tant dans le désespoir de chercher à échapper à une mort inévitable, que dans sa tentative d'achever un travail interminable et vain. Il est évidemment tentant de voir dans ce châtement la métaphore de la condition humaine (qui plus est celle du soignant).

Albert Camus dans son livre qui a pour titre *Le mythe de Sisyphe* s'interroge sur cette condition et pose étonnement cette question : N'y aurait-il pas une grandeur à cette destinée et même ne peut-on y trouver une forme d'accomplissement, sinon de bonheur ? :

---

<sup>296</sup> M. KUNDERA, *L'art du roman*, Paris, Folio, 1995, p. 64.

« *Chacun des grains de cette pierre, chaque éclat minéral de cette montagne pleine de nuit, à lui seul forme un monde. La lutte elle-même vers les sommets suffit à remplir un cœur d'homme. Il faut imaginer Sisyphe heureux* »<sup>297</sup>.

En conclusion de ce chapitre, au travers de la notion de care, le soin doit devenir au Bénin un thème d'actualité. On devrait se féliciter de cette évolution tout en s'interrogeant sur les raisons de cet intérêt soudain pour une activité humaine essentielle qui remonte à la nuit des temps.

Au-delà de ce débat, nous nous sommes proposé de comprendre pourquoi le soin, comme forme essentielle de réponse à la vulnérabilité d'autrui, se retrouve nécessairement en tension au Bénin entre trois éléments insubstituables : la technique, la relation et la justice. Nous avons cherché, en philosophe, à savoir si notre médecine technoscientifique et l'organisation sanitaire actuelle au Bénin recèlent, l'une comme l'autre, de réelles dispositions au soin entendu comme *care*.

## CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE

Dans cette troisième partie, qui d'ailleurs est la dernière partie de notre travail, nous avons présenté des approches de solutions pour les soins de bonne qualité

---

<sup>297</sup> A. CAMUS, *Le mythe de Sisyphe*, Paris, Gallimard, Folio essais, 1992.

dans les établissements sanitaires en République du Bénin.

Cette troisième partie se proposait de corriger le diagnostic peu reluisant de la pratique médicale au Bénin. Une redynamisation de l'exercice de la profession médicale s'impose absolument et de façon concrète par une réflexion stratégique et pédagogique, notamment en relevant l'importance de l'éthique du care au Bénin ; en instaurant une vraie philosophie des soins au Bénin et peaufinant des stratégies éthiques pour une philosophie du soin au Bénin.

Cette dernière partie constitue notre contribution à la qualité des soins de santé au Bénin. Cette étude aboutit concrètement à des stratégies éthiques pour une philosophie du soin au Bénin. Ces stratégies se conforment à une éthique médicale responsable et à une déontologie de la profession sanitaire. Ces stratégies éthiques sont un impératif catégorique afin que dans l'acte médical, la dignité humaine puisse prévaloir et être mise au-dessus de toute autre considération. Ainsi, toujours « *considérer autrui comme une fin et non comme un moyen* ».

## **CONCLUSION GENERALE**

A la fin de cette étude réflexive sur la santé, il convient de présenter nos

principaux résultats en guise de conclusion générale. Notre objectif principal consistait à l'évaluation de la qualité des soins et de l'exercice de la profession médicale au Bénin. Nous estimons que c'est un problème d'éthique et de déontologie.

Pour bien mener notre réflexion sur cette question, notre approche a été à la fois empirique et philosophique. Une enquête de terrain a ciblé plusieurs niveaux : l'accueil et l'orientation ; l'hygiène hospitalière ; la prise en charge des malades ; l'éthique et de la déontologie ; la qualité des soins et services de santé ; le management des soins et services de santé, etc.

Il ressort de cette enquête une déshumanisation des rapports soignants-soignés. Notre question de recherche et notre problématique visaient l'amélioration de la pratique médicale dont le passage obligé est l'application stricte de la déontologie et de l'éthique des soins dans les hôpitaux au Bénin.

Notre recherche s'est déroulée en deux moments méthodologiques triangulées : scientifique et réflexive. Nos résultats sont contenus dans les trois grandes parties de cette thèse.

La 1<sup>ère</sup> partie de cette dissertation avec ses trois chapitres présentait l'approche conceptuelle et théorique de notre sujet. Elle a exposé les différents concepts opérationnels de notre analyse, ainsi que quelques théories éthiques. Cette partie constatait que la profession médicale est l'une des professions très sensibles, car il touche à l'homme comme être particulier, doté d'une dignité à préserver. Pour le préserver, il faut tout un arsenal philosophique, éthique, déontologique et bioéthique.

La 2<sup>ème</sup> partie développée en quatre chapitres était consacrée aux résultats de la recherche sur le terrain. Dans cette partie purement empirique et positiviste, nous avons d'une part évalué la qualité des soins au Bénin, et d'autre part,

examiné les fondamentaux de l'éthique médicale et du care grâce aux méthodes et techniques de recherches appropriées. Nous avons interrogé l'éthique pour proposer une nouvelle éthique déontologique des soins au Bénin.

Deux grands moments sont apparus dans cette partie méthodologique, le premier heuristique et le second herméneutique. Les données sériées en trois grandes catégories, les patients, les parents des patients et les soignants, confirment l'écart, le problème dans la prise en charge des malades dans nos formations médicales.

La dernière partie de ce travail comportant trois chapitres visait les stratégies d'amélioration de la pratique médicale à travers une nouvelle philosophie de soins qui est une éthique dynamique et médicale. Nous avons présenté des approches de solutions pour les soins de bonne qualité dans les établissements sanitaires en République du Bénin.

Cette troisième partie se proposait de corriger le diagnostic peu reluisant de la pratique médicale au Bénin. Une redynamisation de l'exercice de la profession médicale s'impose absolument et de façon concrète par une réflexion stratégique et pédagogique, notamment en relevant l'importance de l'éthique du care au Bénin ; en instaurant une vraie philosophie des soins au Bénin et peaufinant des stratégies éthiques pour une philosophie du soin au Bénin.

Cette dernière partie constitue notre contribution à la qualité des soins de santé au Bénin. Cette étude aboutit concrètement à des stratégies éthiques pour une philosophie du soin au Bénin. Ces stratégies se conforment à une éthique médicale responsable et à une déontologie de la profession sanitaire. Ces stratégies éthiques sont un impératif catégorique afin que dans l'acte médical, la dignité humaine puisse prévaloir et être mise au-dessus de toute autre

considération. Ainsi, toujours « *considérer autrui comme une fin et non comme un moyen* ».

Trois hypothèses ont été avancées et confirmées dans cette étude. L'étude a démontré que les principes fondamentaux de la pratique médicale ne semblent plus être au cœur de l'exercice médical ; la grande majorité des soins de santé fournis dans les centres de santé au Bénin souffre de la qualité ; la nécessité impérieuse d'une éthique médicale nouvelle, concrète et pratique, c'est-à-dire une éthique du care. Toutes les données examinées ont confirmé notre hypothèse et se résument ainsi : le manque d'éthique des soins et de déontologie médicale est à la base de la mauvaise qualité de soins dans nos formations médicales.

Au terme de nos investigations, notre problématique est justifiée. Il est bel et bien noté des défaillances dans l'acte médical. Ces défaillances revêtent plusieurs noms : « le mauvais accueil », « la mauvaise prise en charge des malades », « l'erreur médicale » et « la mauvaise qualité de la relation soignant-soigné », etc. et représentent des indicateurs pertinents témoignant de ce que nous sommes dans un contexte de crise des valeurs éthiques.

Il y a donc lieu d'admettre que la déontologie et l'éthique n'accompagnent pas toujours les soins dans les hôpitaux au Bénin. Cet écart dans l'exercice médical observé sur le terrain est fondamentalement lié à plusieurs facteurs, notamment au manque de l'enseignement de l'éthique et de la déontologie médicale dans nos centres de formation. En vérité, il y a la prédominance des connaissances biomédicales sur les connaissances éthiques dans les programmes d'enseignement des écoles et Faculté de santé.

Les recommandations suivantes sont susceptibles de générer cette éthique et une déontologie médicale au Bénin.

- Introduire les cours d'éthique et de déontologie dans le cursus de formation des médecins et des paramédicaux, afin de limiter les comportements indésirables ;
- Placer l'homme qu'il faut à la place qu'il faut pour que les professionnels de la santé s'occupent des malades et les cadres administratifs de l'administration ;
- Elaborer un arsenal juridique en droit de santé pour combler le vide juridique constaté et établir une distinction entre le système sanitaire et le système judiciaire afin de réduire les cas de violations du droit des malades ;
- Créer des sources de motivation au personnel de soins : lettres de félicitation, tableau d'honneur remise de cadeaux, gratification par des primes, des voyages d'agrément, etc.

Ainsi, une nouvelle philosophie de soins s'orientera de ce fait vers l'aide indispensable à apporter aux soignants béninois afin redynamiser la pratique médicale et de leur permettre de vivre au quotidien des relations épanouissantes avec les patients.

La mise en pratique des principes de l'éthique de care dans la pratique des professionnels de santé dans les formations sanitaires au Bénin retiendra attention de tous. Les décideurs politiques en charge des systèmes de formation des agents de santé de notre pays prendront leur responsabilité et rendront effectives les nombreuses valeurs de l'éthique de care.

La création de ces deux structures facilitera cette prise de conscience. Il s'agit, à l'instar de l'organisation du système éducatif, d'un corps d'inspection dans les centres hospitaliers pour des visites pratiques. Il s'agit aussi d'un comité éthique au sein de chaque centre hospitalier. Il sera la catharsis de la déontologie et de

l'éthique médicale et le réveil de la conscience morale des agents de santé indéliçats et peu responsables.

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET WEBOGRAPHIQUES**

1. Actes du Colloque International de Cotonou : Bioéthique et Réalités Africaines, du 10 au 14 juin 2013.
2. ANTELME R., *L'espèce humaine*, Paris, Ed. Gallimard, col. Tel, 1978.
3. BADINTER, Discours prononcé le 18 mars 1985 à la Conférence sur les droits de l'Homme organisé par le Conseil de l'Europe.
4. BARRIER P., « Le soin comme accompagnement et facilitation de l'individuation avec la maladie chronique », in *La philosophie du soin*, p.168.
5. BENAROYO L., LEFEVE C., MINO C. et al. (sous la direction de), *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société*, Paris, PUF, 2010.
6. BENOIT XVI, *Exhortation Apostolique post synodale Africae Munus, sur l'Eglise d'Afrique au service de la réconciliation, de la justice et de la paix*, 2011.
7. BIOTECHNOLOGIES ET LES DEFIS LANCES A L'ETHIQUE », conférence du Pr B. HAMZA, Président du Comité National d'Ethique Médicale – Tunisie, Universités Tunisiennes et l'Association des Chercheurs et Enseignants tunisiens en France : ECETE forum 2002 – « Les biotechnologies : Recherche, développement et éthique », Tunis, les 26 et 27 juillet 2002.
8. BOCH A.-L., *Médecine technique, médecine tragique*, Paris, Seli Arslan, 2009.
9. BONGO-PASI MOKE SANGOL Willy, *Cours d'éthique fondamentale*, 2013-2014.
10. BONGO-PASI MOKE SANGOL Willy, *Cours de bioéthique et d'éthique de l'environnement*, 5<sup>ème</sup> année-Environnement / Faculté des Sciences-Université de Kinshasa, 2016.
11. BONGO-PASI Willy, « Triangulation et architectonie : particularités méthodologiques en philosophie africaine », in *Annales de la Faculté des Lettres et Sciences humaines*, VI-VII, 2006-2007, pp. 95-111.
12. BONGO-PASI Willy, *Cours d'introduction à la philosophie*, 1<sup>ère</sup> année, Faculté de Droit, Université de Kinshasa, 2016.
13. BOULA J.-G., « De la dignité humaine dans les soins. Perspective soignante », in *Seli-Arslan*, Avril 2007 - n° 28, pp. 86-101.
14. BOULA J.-G., *Responsabilité et éthique dans les soins : quelques aspects*. Site de la fondation genevoise pour la formation et la recherche médicale.[http://www.gfmer.ch/Presentations\\_Fr/Responsabilite\\_ethique.htm](http://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/Responsabilite_ethique.htm) consulté le 23 mai 2016.
15. BRUAIRE C. , *Une éthique pour la médecine*, Paris, Fayard, 1978.
16. BRUGERE F., « L'éthique du *care* : entre sollicitude et soin, dispositions

- et pratiques », in BENAROYO L, LEFEVE C, MINO C. et al. (sous la direction de), *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société*. Paris, PUF, 2010, pp.69-86.
17. BRUGERE F., « La sollicitude. La nouvelle donne affective des perspectives féministes », in *Esprit, Les nouvelles figures du soin*, janvier 2006, pp. 123-140.
  18. CAMUS A., *Ecrits politiques*, Paris, Folio Essais, 2003.
  19. CAMUS A., *Le mythe de Sisyphe*, Paris, Gallimard, Folio essais, 1992.
  20. CANGUILHEM G., « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? », in *Ecrits sur la médecine*, Seuil, 2002, pp. 69-101.
  21. CANGUILHEM Georges, “Du concept scientifique à la réflexion philosophique” in *Cahier de philosophie*, Groupes d’études de philosophie de l’Université de Paris (UNEF-FGEL) n°1, janvier 1994, p.430
  22. CAPLAN A., « Does the philosophy of medicine exist ? », in *Theoretical Medicine*, 1992, pp.13 : 67-77.
  23. CARE Claude, « Morale, éthique, déontologie et droit », in *Administration et Education*, n°94, 2002.
  24. CAUSSE J.-D., *L’instant d’un geste, Le sujet, l’éthique et le don*, Paris, Labor et Fides, 2004.
  25. CCNE, Avis N° 101 du CCNE, in « Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier », juin 2007 (Site internet du CCNE).
  26. CCNE, Avis N° 104 du CCNE, in « Le dossier médical personnel et l’informatisation des données de santé », mai 2008 (site internet du CCNE).
  27. CHALIER C., *La fraternité, un espoir en clair-obscur*, Paris, Editions Buchet-Chastel, 2003.
  28. COBBAUT J.P., « Quelle tache pour une éthique du soin aujourd’hui ? Assurer l’articulation du sémantique et du pragmatique », in BENAROYO L, LEFEVE C, MINO C. et al. (sous la direction de), *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société*, Paris, PUF, 2010, pp. 87-103.
  29. COLLIERE M.F., *Soigner... Le premier art de la vie*, Paris, Masson, 2001.
  30. COLLIERE M.-F., *Soigner, le premier art de la vie*, Paris, Ed. InterEditions, 1996.
  31. COOVI BAH Clément, *Formation du personnel de santé au Bénin : l’éthique entre théorie et pratique*, Thèse de doctorat en philosophie, UAC, 2013.

32. DALCQ-DEPOORTER, *Utilité des Comités éthiques*, Bruxelles, De Boeck, 1999.
33. DE GAULEJAC V., *La société malade de la gestion*, Paris, Le Seuil, 2005.
34. DINECHIN Olivier (de), *L'homme de la bioéthique*, Paris, Desclée de Brouwer, 1999.
35. DONABEDIAN A., "Evaluating the quality of medical care", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol.44, no.3, 1966, pp.166-203.
36. DONABEDIAN A., "Evaluating the quality of medical care", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol.44, no.3, 1966, pp.166-203.
37. DORON C., LEFEVE C., MASQUELET A., (sous la direction de), *Soin et subjectivité*, Paris, PUF, 2011.
38. DURAND Guy, *Introduction générale à la bioéthique. Histoire, concepts et outils*, Québec, Fides, 1999.
39. DURIEUX P., *Evaluation, qualité, sécurité dans le domaine de la santé. Guide des principaux termes*, Paris, Médecine-Sciences, Flammarion, 1997.
40. FANSTEN M., « Ancrage disciplinaire, formation, courant de pensée », in *Recherche en soins infirmiers*, Septembre 2010, n°102, pp.14-22.
41. FOULQUIE Paul et al., *Dictionnaire de la langue philosophique*, Paris, PUF, 1962.
42. FRANÇOIS (Pape), *Loué sois-tu. Laudato si'*, Paris, Le Cerf/Bayard/Mame, coll. « Docs églises », 2015, 120 p. Voir aussi les Editions Salvator, Éditions de l'Emmanuel, Téqui, Parole & Silence, Qasar. Voir également *Lettre encyclique Laudato si' : La sauvegarde de la maison commune*, Vatican, 18 juin 2015, 192 p., PDF (lire en ligne au format texte).
43. GILIOLI C., « La médicalisation de la vie », in *Gestions hospitalières*, Janvier 2008, n° 472, p.24-35.
44. GILIOLI C., *Ethique médicale et modernité, la question de la technique*, Thèse de doctorat de philosophie, Université de Marne-la-Vallée, 2001, 350 p.
45. GILLIGAN C., *Une voix différente. Pour une éthique du care. Champs essais*, Paris, Flammarion, 2008.
46. GIRAUD Alexandra, « Origine et définition de l'évaluation en médecine », in KOVESS Vivianne (Dir.). *Evaluation de la qualité en psychiatrie*, Paris, Economica, 1994 [cité par HESBEEN Walter, *La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante*,

2<sup>ème</sup> éd., Paris, Masson, 2003, p. 50].

47. Guide des normes et bonnes pratiques à l'usage des professionnels de la santé, Ministère de la Santé, République du Bénin, Février, 2012.
48. HESBEEN, *Prendre soin à l'hôpital: inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1997.
49. HOERNI B. et BENEZECH M., *Le Secret médical confidentialité et discrétion en médecine*, Masson, Paris, 1996.
50. HOERNI B. et BENEZECH M., *Le Secret médical confidentialité et discrétion en médecine*, Masson, Paris, 1996.
51. HOERNI Bernard, *Ethique et déontologie médicale*, Paris, Masson, 1996.
52. HOERNI Bernard, *Ethique et déontologie médicale*, Paris, 2<sup>ème</sup> édition Masson, 2000.
53. HONORE B., *Pour une philosophie de la formation et du soin*, Paris, L'Harmattan, 2003.
54. HOTTOIS Gilbert, *Essais de philosophie bioéthique et biopolitique*, Paris, Vrin, 1999.
55. <http://initiative-ethique.fr/2012/02/02/droits-de-la-personne-malade-dignite-du-soin/> consulté le 05/12/16.
56. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-fra.php>, consulté le 13 décembre 2016.
57. HUME D., *Enquête sur les principes de la morale*, Paris, Flammarion, col. « Le Monde de la philosophie », 2008.
58. ILLICH I., *Némésis médicale*, Paris, Seuil, col. « Techno-critique », 1975.
59. *Introduction aux principes de Bioéthique. Qui est légitime pour décider ?*, Support de Cours (Version PDF), Date de création du document 2008-2009.
60. JAFFRE Y., SARDAN J.-P. Olivier, *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'ouest*, Paris, Apad, Ed. Karthala, 2003.
61. JEAN PAUL II, Pape, *Evangelium vitae*, n°73.
62. JONAS H., *Le principe responsabilité*, Paris, Les éditions du cerf, 1990.
63. KANT, *Fondement de la métaphysique des Mœurs*, Paris, Delagrave, 1976.
64. KUNDERA M., « L'art du roman », in Folio, 1995, p. 64.
65. LALANDE André, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, PUF, 2012.

66. LAUGIER Sandra, « Politique du care contre société du soin », in <http://blogs.mediapart.fr/blog/sandra-laugier/210410/politique-du-care-contre-societe-du-soin>, consulté le 20 décembre 2016.
67. LE BLANC G, WORMS F., « Les nouvelles figures du soin », in *Revue Esprit*, Janvier 2006, pp. 77-79.
68. LE BLANC G., « Penser la fragilité », in *Esprit*, *La pensée de Paul Ricœur*, Mars Avril 2006, pp. 249-263.
69. *Le Nouveau Petit Robert, Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Texte remanié et amplifié sous la direction de REY-DELBOVE Josette et REY Alain, Préface de Paul Robert, Paris, Le Robert, 1993.
70. LEBLANC G. et WORMS F., « Les nouvelles figures du soin. Introduction », in *Esprit*, janvier 2006, n°321, pp.77-79.
71. LECOURT D., « Avant-propos », in BENAROYO L, LEFEVE C, MINO C. et al. (sous la direction de), *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société*, Paris, PUF, 2010, pp.1-2.
72. LEFEVE C., « La philosophie du soin », in *La Matière et l'Esprit*, avril 2006, n°4, pp. 25-34.
73. LEFEVE C., « Réflexions épistémologiques sur les sciences humaines, la médecine et les sciences en soins infirmiers », in *Recherche en soins infirmiers*, septembre 2010, n°102, p. 2.
74. LEVINAS E., *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, Paris, Le livre de poche, 1978.
75. LEVINAS E., *Ethique et infini*, Le livre de poche, 1996.
76. LOISEAU Martine, in DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE, *Ethique des pratiques sociales et déontologie des travailleurs sociaux*, Rennes, éd. de l'École nationale de la santé publique, 2001, pp. 9-11 et 23-28.
77. MAKANDU, Basua Babintu Leyka, *Ethique et déontologie des infirmiers et techniciens des soins de santé*, Kinshasa, Editions de l'Union des écrivains & Auteurs Africains, 2008.
78. MALHERBE J.-F., *Autonomie et prévention. Alcool, tabac, sida dans une société médicalisée*, Ed. Fides, Montréal et Artel, Québec, 1994.
79. MALHERBE J.-F., *Matériaux pour penser l'éthique clinique comme philosophie du singulier*, Département de Philosophie, Université de Montréal, Montréal, 1996.
80. MALHERBE J.-F., *Sujet de vie ou objet de soins ? Introduction à la pratique de l'éthique clinique*, Montréal, Fides, 2007.
81. MALLET D. et col., « Autonomie de la technique et régulation par des pratiques d'euthanasie », in *Ethique et Santé*, Paris, Masson, février

- 2005 ; pp. 17-22.
82. MARIN C., « Who cares ? » Quelle attention au malade dans la relation thérapeutique ? », in BENAROYO L, LEFEVE C, MINO C. et al. (sous la direction de), *La philosophie du soin, Ethique, médecine et société*, Paris, PUF, 2010, pp.127-140.
  83. MASQUELET A.C., « Préface » in LOMBARD J, VANDEVALLE B., *Philosophie et soin. Les concepts fondamentaux pour interroger sa pratique. Itinéraires philosophiques à l'hôpital*, Paris, Seli Arslan, 2009.
  84. MATHIEU B., « Un droit à la santé ? », in *Droits des malades, vers une démocratie sanitaire ?* GUILLAUME-HOFNUNG M (sous la direction de), Paris, La documentation Française, 2003, pp. 42-43.
  85. MISRAHI R., *La signification de l'éthique*, Paris, Editions Synthelabo, 1995.
  86. MOLINER P., « Le Care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets », in *Le souci des autres, Ethique et politique du care*, Paris, Editions de l'École des Hautes Études en Sciences sociales, 2006.
  87. MOLINIER P., *L'énigme de la femme active. Égoïsme, sexe et compassion*, Paris, Payot, 2003.
  88. MOUNIER E., *Malraux, Camus, Sartre, Bernanos. L'espoir des désespérés*, Paris, Seuil, 1953.
  89. MUNDAY MULOP Félicien, *Philosophie et prévention du VIH/SIDA en Afrique. La pauvreté éthique comme justification de la persistance des comportements à risque d'infection par le VIH*, Saarbrücken, éditions universitaires européennes, 2011.
  90. NADOT M., « Au commencement était le "prendre soin" », in *Revue Soins*, n° 700, novembre 2005, pp. 37-40.
  91. NODDINGS N., *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*, (cité et traduit par Alain Smaghe), University of California Press, 2<sup>ème</sup> édition, 2003.
  92. NUROCK, *Carol Gilligan et l'éthique du care. Débats philosophiques*, Paris, PUF, 2010.
  93. PAPERMAN P. et LAUGIER S. (sous la direction de), *Le souci des autres : Ethique et politique du care. Raisons pratiques*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2005.
  94. PATOCKA J., *Essais hérétiques sur la philosophie de l'histoire*, Paris, Ed. Verdiers, Lagrasse, 1999.
  95. PELLEGRINO E.D., « What the philosophy of medicine is » in *Theoretical Medicine and Bioethics*, 1998, n°19, pp. 315-336.
  96. PIERRON J.-P., *Vulnérabilité : pour une philosophie du soin. La Nature humaine*, Paris, PUF, 2010.

97. Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018-Bénin, 2015.
98. POCHARD F, GRASSIN M., « L'arrêt thérapeutique comme soin en réanimation », in *Ethique et Santé*, Paris, Masson, mai 2004, pp. 95-99.
99. RAMEIX, « Sortir du modèle paternaliste », in *Médecin-malade : soigner la relation* », n° 122, 2000.
100. RAVEZ Laurent, « La Bioéthique : Origines et Enjeux actuels », in *La Bioéthique. Origines, Enjeux et Défis*, n° 2, 2009, pp.28-29.
101. RAVEZ Laurent, *Les amours auscultés, une nouvelle éthique pour l'assistance médicale à la procréation*, Paris, Cerf, 2006.
102. REACH G., *Une théorie du soin*. Paris, Les belles lettres, 2010.
103. REMY-LARGEAU Isabelle, « Philosophie du soin, *care* et soins infirmiers : Une revue de littérature pour une recherche au carrefour de la philosophie et du soin », in *Recherche en soins infirmiers*, 4/2011 (n° 107), p. 49-59.
104. REMY-LARGEAU Isabelle, *Prolégomènes à une philosophie du soin*, Mémoire de DEA d'histoire et philosophie des sciences, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 1997.
105. RICŒUR P., *Soi-même comme un autre*, Paris, Ed Seuil, col. « Points Essais », 1990.
106. RICŒUR P., « Ethique et morale », in *Lecture 1*, Paris, Seuil, 1999, pp. 258-270.
107. RICŒUR P., « Le *socius* et le prochain, in *Histoire et vérité*, Paris, Seuil, 1955, pp.99-110.
108. RICŒUR P., *Lectures 1*, Editions du Seuil, Paris, 1991.
109. RICŒUR Paul, *Médecins tortionnaires, médecins résistants*, Paris, La découverte, 1990.
110. RICŒUR Paul, *Soi-même comme un autre*, Editions du Seuil, Paris, 1990.
111. ROEMER M.I., MONTOYA-AGUILAR C., *Quality assessment and assurance in primary health care*, Geneva, WHO Offset Publication, n° 105, 1988.
112. SCHELER M., *Nature et formes de la sympathie*, Payot, 1971.
113. SICARD D., « Prendre soin », in *La lettre de l'espace éthique AP-HP, Hiver-été*, 2002, pp. 2-5.
114. SICARD D., *La médecine sans le corps*, Paris, Plon, 2002.
115. SICARD Didier, *L'éthique médicale et la bioéthique*, PUF, Paris, 2009.
116. STAROBINSKI Jean, *Histoire de la médecine*, Paris, Ed. Rencontre-ENI, 1963.
117. STUART, « Du combat pour une conduite éthique en médecine », in *La Bioéthique. Origines, Enjeux et Défis*, n° 2, 2009, pp.61-63.

118. SVANDRA P., *Eloge du soin. Une éthique au cœur de la vie. Sources philosophiques, pratique et conditions de l'engagement soignant*, Paris, Seli Arslan, 2009.
119. SVANDRA Philippe, « Le soin sous tension ? », in *Recherche en soins infirmiers*, 4/2011 (N° 107), p. 23-37.
120. THEVENOT X., *La bioéthique, Début et fin de la vie*, Paris, Le Centurion, 1989.
121. THEVENOT Xavier, *La souffrance a-t-elle un sens ?*, (Avec celui qui meurt), Paris, Assas, 1991.
122. TRONTO J., « Un monde vulnérable, pour une politique du care », in *La découverte*, 2009.
123. TRONTO J., *Un monde vulnérable. Pour une politique du care. Textes à l'appui*, Série Philosophie pratique, Paris Editions La Découverte, (1993) 2009.
124. VIGOUROUX Christian, *Déontologie des fonctions publiques*, Paris, Dalloz, 2006.
125. WATSON (2005) in <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/95/37.pdf>
126. WATSON Joan, « Le caring: philosophie et science des soins infirmiers », in [http://books.google.fr/books/about/Le\\_caring.html?hl=fr&id=3b9LAAAA\\_CAAJ](http://books.google.fr/books/about/Le_caring.html?hl=fr&id=3b9LAAAA_CAAJ), consulté le 15/12/16.
127. WELSCH Pierre-Jean (Mgr), in *Conseil pontifical pour la pastorale des services de la santé*, 1995.
128. WORMS F., « Le care selon Carole Gilligan et le problème du soin : relations vitales et morales », in V. NUROCK, *Carol Gilligan et l'éthique du care. Débats philosophiques*, Paris, PUF, 2010, pp.137-150.
129. WORMS F., « Le soin et le care », in *Éthique et philosophie morale*, Paris, PUF, 2010, pp. 245-251.
130. WORMS F., « Les deux concepts de soin. Vie, médecine et relations morales », *Esprit*, janvier 2006, n°321, pp. 41-156.
131. WORMS F., « Les deux concepts du soin », in *Esprit, Les nouvelles figures du soin*, Janvier 2006, pp. 141-155.
132. WORMS F., « Les deux concepts du soin », in *Le moment du soin : à quoi tenons-nous ?* cfr F. WORMS, *Éthique et philosophie morale*, Paris, PUF, 2010, pp. 19-36.
133. WORMS F., *Le moment du soin : à quoi tenons-nous ? Éthique et philosophie morale*, Paris, PUF, 2010.
134. WORMS Frédéric, « L'idée d'une éthique du vivant (vers une philosophie du soin) », in *Ethique et santé*, 2010, n°7, p. 8.

135. ZACCAI-REYNER N., « Care et institutions : regards sur le style institutionnel et le soin aux personnes », in BENAROYO L., LEFEVE C., MINO C. et al. (sous la direction de), *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société*, Paris, PUF, 2010, pp.251-265.
136. ZEYNEP O. et COM-RUELLE Laure, *La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?*, in INSTITUTE OF MEDICINE, *Crossing the quality chasm: A new health system for 21<sup>st</sup> century*, Washington DC, National Academy Press, 2001.

## ANNEXES

### **Annexe 1 : GUIDE D'ENTRETIEN DES PATIENTS**

REPUBLIQUE DU BENIN

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH)

Ecole doctorale : « Espaces, cultures et développement »

Filière : PHILOSOPHIE

**Sujet** : «La qualité des soins et l'exercice de la profession médicale au Bénin : problèmes de déontologie et d'éthique »

**Lieu d'enquête** : CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE  
Hubert Koutoukou MAGA de Cotonou

**DATE DE L'ENQUETE** : .....

Je vous remercie pour m'avoir accordé votre temps pour cette interview en ce jour. Mon nom est Isabelle C. EKPINSOU. Je suis doctorante à l'Ecole doctorale : « Espaces, cultures et développement » de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH) de l'Université d'Abomey-Calavi.

Je suis là pour évaluer la qualité des soins donnés dans les formations sanitaires au Bénin au regard des critères universels de la qualité des soins .Comprendre la manière dont l'accueil se fait par les soignants. Comment se comportent-ils durant les différents actes qu'ils posent. Comment reçoivent-ils les différentes catégories de malades. Comment se passe le traitement ? Nous voulons porter un regard critique sur la pratique médicale et soignante au Bénin, la diagnostiquer, l'évaluer afin d'apprécier la qualité des soins qui sont donnés dans nos centres de santé et voir s'ils sont compatibles aux critères de la qualité des soins tels que reconnus sur le plan universel. Autrement dit, voir si les connaissances médicales et les capacités de jugement des producteurs de soins

ont-elles toujours permis d'obtenir une adéquation des soins au cas identifié d'une part. Et d'autre part, évaluer les capacités relationnelles du médecin ou du soignant qui sont entre autre : l'écoute, le tact, l'empathie, la sensibilité, la confidentialité, l'information du patient sur sa maladie, la prise en charge proposée (Ce dernier point sous-tend la possibilité de choix éclairés pour le patient)... ; sont prégnantes dans le milieu hospitalier béninois. Soulignons évidemment que, le lien relationnel entre le patient et son médecin est un facteur primordial de la qualité des soins : élément clé de la confiance établie entre les deux protagonistes, il conditionne l'adhésion future du patient à la stratégie de soins proposée.

Votre façon de voir va me donner les différentes pratiques soignantes qui existent au CNHU pour une meilleure compréhension.

## **REGLES DE CONDUITE**

Je montrerai de l'intérêt à chacun de vos opinions et vos sentiments. Il n'y aura ni de bonnes ni de mauvaises réponses. J'aurai besoin de vos idées et aucune critique ne vous sera adressée. Je vous encourage à donner des commentaires francs qui peuvent améliorer cette étude.

## **CONFIDENTIALITE**

Je ne vais pas prendre ni connaître votre nom. Tout ce que vous me direz sera confidentiel et je ne dirai à personne que vous avez participé à cette interview. J'écrirai tout ce que vous me direz afin de prendre correctement vos points de vue. Acceptez-vous à participer à cette interview ?

Si oui (continuer)

Si non (arrêter)

Je noterai seulement le sexe, l'âge, la religion, l'état civil, et le niveau d'instruction et la profession.

### **I. Questions sociodémographiques**

- Quel est votre sexe ?
- Quel est votre âge ?
- Quelle est votre religion ?
- Quel est votre état-civil ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Quelle est votre profession ?

#### **1- Comment jugez-vous l'accueil du service ?**

1 excellent

2 très bon

3 bon

4 passable

5 mauvais

6 autre avis

#### **2- Avez-vous été traité(e) avec respect et équité par le personnel médical et soignant ?**

1 oui

2 plus ou moins

3 non

4 autre avis

#### **3- Avez-vous pu parler de vos préoccupations, inquiétudes ou angoisses avec le médecin ou le soignant du service ?**

- 1-oui
- 2-plus ou moins
- 3-non
- 4-autre avis

**4- Le médecin vous a-t-il écouté avec attention ?**

- 1-oui
- 2-pas vraiment
- 3-non
- 4-autre avis

**5- Le médecin vous a-t-il suffisamment informé sur votre état de santé, le diagnostic, le traitement à suivre et sur son bien-fondé ?**

- 1-oui
- 2-pas suffisamment
- 3-non
- 4-autre avis

**6- Le médecin vous a-t-il demandé votre consentement sur le choix du traitement ?**

- 1-oui
- 2-non
- 3-jamais

**7- Lorsque vous avez posé des questions à votre médecin, avez-vous reçu des réponses que vous compreniez ?**

- 1 - toujours
- 2 - très souvent
- 3 -souvent
- 4 -parfois

5 - jamais

6 - je n'ai jamais posé de questions

**8- Est-ce que l'on vous a donné l'occasion de vous prononcer sur le choix de votre traitement ?**

1 - oui

2 - oui, mais pas suffisamment

3 - non

4 – jamais

5 – ce n'est pas de coutume

**9- Estimez-vous avoir été traité(e) avec compétence par le médecin ou le soignant ou les paramédicaux ?**

1- oui

2 - oui, plus ou moins

3 - non

4 - sans opinion

**10- Avez-vous été victime ou témoin des complications opératoires et post-opératoires (embolies pulmonaire ou accident d'anesthésie), ainsi que d'autres évènements indésirables (erreurs médicales) mettant en doute la compétence du praticien ?**

1-oui

2-plusieurs fois

3-jamais

4-une fois

5-souvent

**11-Avez-vous vécu directement ou indirectement des évènements sentinelles (accidents liés à la transfusion, erreurs de groupage sanguin, oublis de**

**corps étrangers dans le champ opératoire,...) témoignant de la banalisation de patient dans l'acte médical ?**

- oui
- non
- souvent
- jamais
- fréquemment

**12- A votre avis, la collaboration entre les médecins et les paramédicaux du service est ?**

- 1- excellente
- 2 - très bonne
- 3 - bonne
- 4 - passable
- 5 - mauvaise

**13-Qu'entendez-vous par qualité des soins ?**

.....

**14-Estimez-vous que les soins reçus ici sont des soins de bonne qualité ?**

.....

**15 -Vos commentaires éventuels sur l'accueil, l'acte médical et les relations avec les soignants**

.....

**NB : N'hésitez pas à nous faire part des bonnes ou des mauvaises surprises qui ont marqué votre attention durant votre séjour dans le service ou lors de votre consultation, merci.**

**Annexe 2 : GUIDE D'ENTRETIEN DES PARENTS DES PATIENTS**

**UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI**

Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH)

Ecole doctorale : « Espaces, cultures et développement »

Filière : PHILOSOPHIE

**Sujet** : «La qualité des soins et l'exercice de la profession médicale au Bénin : problèmes de déontologie et d'éthique »

**Lieu d'enquête** : CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE  
Hubert Koutoukou MAGA de Cotonou

**DATE DE L'ENQUETE** :.....

Je vous remercie pour m'avoir accordé votre temps pour cette interview en ce jour. Mon nom est Isabelle C. EKPINSOU. Je suis doctorante à l'Ecole doctorale : « Espaces, cultures et développement » de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH) de l'Université d'Abomey-Calavi.

Je suis là pour évaluer la qualité des soins donnés dans les formations sanitaires au Bénin au regard des critères universels de la qualité des soins .Comprendre la manière dont l'accueil se fait par les soignants. Comment se comportent-ils durant les différents actes qu'ils posent. Comment reçoivent-ils les différentes catégories de malades. Comment se passe le traitement ? Nous voulons porter un regard critique sur la pratique médicale et soignante au Bénin, la diagnostiquer, l'évaluer afin d'apprécier la qualité des soins qui sont donnés dans nos centres de santé et voir s'ils sont compatibles aux critères de la qualité des soins tels que reconnus sur le plan universel. Autrement dit, voir si les connaissances médicales et les capacités de jugement des producteurs de soins ont-elles toujours permis d'obtenir une adéquation des soins au cas identifié

d'une part. Et d'autre part, évaluer les capacités relationnelles du médecin ou du soignant qui sont entre autre : l'écoute, le tact, l'empathie, la sensibilité, la confidentialité, l'information du patient sur sa maladie, la prise en charge proposée (Ce dernier point sous-tend la possibilité de choix éclairés pour le patient)... ; sont prégnantes dans le milieu hospitalier béninois. Soulignons évidemment que, le lien relationnel entre le patient et son médecin est un facteur primordial de la qualité des soins : élément clé de la confiance établie entre les deux protagonistes, il conditionne l'adhésion future du patient à la stratégie de soins proposée.

Votre façon de voir va me donner les différentes pratiques soignantes qui existent au CNHU pour une meilleure compréhension.

## **REGLES DE CONDUITE**

Je montrerai de l'intérêt à chacun de vos opinions et vos sentiments. Il n'y aura ni de bonnes ni de mauvaises réponses. J'aurai besoin de vos idées et aucune critique ne vous sera adressée. Je vous encourage à donner des commentaires francs qui peuvent améliorer cette étude.

## **CONFIDENTIALITE**

Je ne vais pas prendre ni connaître votre nom. Tout ce que vous me direz sera confidentiel et je ne dirai à personne que vous avez participé à cette interview. J'écrirai tout ce que vous me direz afin de prendre correctement vos points de vue. Acceptez-vous à participer à cette interview ?

Si oui (continuer)

Si non (arrêter)

Je noterai seulement le sexe, l'âge, la religion, l'état civil, et le niveau d'instruction et la profession.

**I. Questions sociodémographiques**

- Quel est votre sexe ?
- Quel est votre âge ?
- Quelle est votre religion ?
- Quel est votre état-civil?
- Quel est votre niveau d'instruction?
- Quelle est votre profession ?

**1- Comment jugez-vous l'accueil l du service ?**

1. Excellent
2. très bon
3. bon
4. passable
5. mauvais
6. autre avis

**2- Avez-vous été traité(e) avec respect et équité par le personnel médical et soignant quand vous avez voulu comprendre le diagnostic ou l'état de santé de votre parent malade ?**

1. oui
2. plus ou moins
3. non
4. autre avis

**3- Avez-vous suffisamment eu d'information sur le bienfondé des différents examens et analyses demandé pour votre malade ?**

1. oui
2. jamais
3. on est soumis
4. exécute seulement

**4- Etes-vous satisfaits de la prise en charge de votre parent ? Le traitement a-t-il été efficace, c'est-à-dire, est-ce que les soins fournis ont pu améliorer l'état de santé de votre parent malade ?**

1. oui
2. non
3. aucunement
4. ça s'est aggravé

**5- Estimez-vous que votre parent malade a été traité(e) avec compétence par le médecin ou le soignant ou les paramédicaux ?**

1. oui
2. oui, plus ou moins
3. non
4. sans opinion

**6- Avez-vous été victime ou témoin des complications opératoires et post-opératoires (emboliespulmonaire ou accident d'anesthésie), ainsi que d'autres évènements indésirables (erreurs médicales) mettant en doute la compétence du praticien ?**

1. oui
2. plusieurs fois
3. jamais
4. une fois
5. souvent

**7-Avez-vous vécu directement ou indirectement des évènements sentinelles (accidents liés à la transfusion, erreurs de groupage sanguin, oublis de corps étrangers dans le champ opératoire...) témoignant de la banalisation de patient dans l'acte médical ?**

1. oui
2. non

- 3. souvent
- 4. jamais
- 5. fréquemment

**8- A votre avis, votre collaboration avec les médecins et les paramédicaux du service est ?**

- 1- excellente
- 2 - très bonne
- 3 - bonne
- 4- passable
- 5 - mauvaise

**9- Qu'entendez-vous par la qualité des soins ?**

.....

**10- Pensez-vous que les soins donnés ici sont des soins de qualité ?**

Vos commentaires éventuels sur l'accueil, l'acte médical et les relations avec les soignants

.....

**NB : N'hésitez pas à nous faire part des bonnes ou des mauvaises surprises qui ont marqué votre attention durant votre séjour dans le service ou lors de votre consultation, merci.**

**Annexe 3 : GUIDE D'ENTRETIEN DES SOIGNANTS**

**UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI**

Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH)

Ecole doctorale : « Espaces, cultures et développement »

Filière : PHILOSOPHIE

**Sujet** : «La qualité des soins et l'exercice de la profession médicale au Bénin : problèmes de déontologie et d'éthique »

**Lieu d'enquête** : CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE  
Hubert Koutoukou MAGA de Cotonou

**DATE DE L'ENQUETE** :.....

Je vous remercie pour m'avoir accordé votre temps pour cette interview en ce jour. Mon nom est Isabelle C. EKPINSOU. Je suis doctorante à l'Ecole doctorale : « Espaces, cultures et développement » de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH) de l'Université d'Abomey-Calavi.

Je suis là pour évaluer la qualité des soins donnés dans les formations sanitaires au Bénin au regard des critères universels de la qualité des soins .Comprendre la manière dont l'accueil se fait par les soignants. Comment se comportent-ils durant les différents actes qu'ils posent. Comment reçoivent-ils les différentes catégories de malades. Comment se passe le traitement ? Nous voulons porter un regard critique sur la pratique médicale et soignante au Bénin, la diagnostiquer, l'évaluer afin d'apprécier la qualité des soins qui sont donnés dans nos centres de santé et voir s'ils sont compatibles aux critères de la qualité des soins tels que reconnus sur le plan universel. Autrement dit, voir si les connaissances médicales et les capacités de jugement des producteurs de soins ont-elles toujours permis d'obtenir une adéquation des soins au cas identifié

d'une part. Et d'autre part, évaluer les capacités relationnelles du médecin ou du soignant qui sont entre autre : l'écoute, le tact, l'empathie, la sensibilité, la confidentialité, l'information du patient sur sa maladie, la prise en charge proposée (Ce dernier point sous-tend la possibilité de choix éclairés pour le patient)... ; sont prégnantes dans le milieu hospitalier béninois. Soulignons évidemment que, le lien relationnel entre le patient et son médecin est un facteur primordial de la qualité des soins : élément clé de la confiance établie entre les deux protagonistes, il conditionne l'adhésion future du patient à la stratégie de soins proposée.

Votre façon de voir va me donner les différentes pratiques soignantes qui existent au CNHU pour une meilleure compréhension.

## **REGLES DE CONDUITE**

Je montrerai de l'intérêt à chacun de vos opinions et vos sentiments. Il n'y aura ni de bonnes ni de mauvaises réponses. J'aurai besoin de vos idées et aucune critique ne vous sera adressée. Je vous encourage à donner des commentaires francs qui peuvent améliorer cette étude.

## **CONFIDENTIALITE**

Je ne vais pas prendre ni connaître votre nom. Tout ce que vous me direz sera confidentiel et je ne dirai à personne que vous avez participé à cette interview. J'écrirai tout ce que vous me direz afin de prendre correctement vos points de vue. Acceptez-vous à participer à cette interview ?

Si oui (continuer)

Si non (arrêter)

Je noterai seulement le sexe, l'âge, la religion, l'état civil, et le niveau d'instruction et la profession.

## **I. Questions sociodémographiques**

- Quel est votre sexe ?
- Quel est votre âge ?
- Quelle est votre religion ?
- Quel est votre état-civil ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Quelle est votre profession ?

**1) Estimez-vous avoir toujours bien accueilli les patients tels que vous l'exigent les critères de la qualité des soins et l'éthique médicale?**

1- oui

2- non

3- ça dépend de la nature du patient

**2) Comment recevez-vous les catégories de malades suivantes :**

1. malades inconnus.....
2. membres de votre famille.....
3. vos connaissances.....
4. vos collègues.....
5. de hautes personnalités et les nantis.....

**3) Savez-vous avoir l'obligation d'expliquer le diagnostic, le traitement, bref l'acte médical au malade qui se présente à vous ?**

1- oui

2- non

3- pas nécessaire

4- facultatif

**4) Expliquez-vous toujours le bien-fondé des examens et analyses souvent prescrits au patient ?**

1- oui

2- parfois

3- non, il n'en a pas besoin

**5) avez-vous déjà connu un cas de patient sorti avec des séquelles dus à votre incompetence après une opération, injection, utilisation de produit que vous lui avez prescrit, une erreur médicale ?**

1-oui

2-non

3-jamais

4-souvent

**6) Connaissez-vous les principes fondamentaux de la déontologie médicale et de l'éthique médicale ?**

1- oui

2- une idée vague

3- jamais entendu parler

**7) Qu'entendez-vous par qualité des soins ?**

**8) Estimez-vous avoir toujours donné des soins de qualité ?**

1- oui

2- non

3- pas toujours

**9) Pouvez-vous affirmer n'avoir jamais commis de parjure, et avoir toujours exercé votre profession médicale suivant les fondements déontologiques et éthiques médicaux ?**

1- oui

2- pas toujours

3- c'est difficile

4- non

## TABLE DES MATIERES

<b>SOMMAIRE</b>	.....	i
<b>Dédicace...</b>		
<b>Remerciements</b>	.....	iii
<b>Abréviations et sigles</b>	.....	iv

Liste des tableaux	v
Listes des diagrammes	vi
Liste des graphiques	vi
Liste des annexes	vii
Résumé	Ix
Abstract	X
<b>INTRODUCTION GENERALE</b>	1
<b>01. Contexte</b>	2
<b>02. Question de recherche</b>	7
<b>03. Objectifs de l'étude</b>	13
<b>04. Hypothèses du travail</b>	14
<b>05. Méthodes d'approche</b>	14
<b>06. Le plan du travail</b>	15
<b>PREMIERE PARTIE : APPROCHE CONCEPTUELLE ET THEORIQUE</b>	
	17
<b>CHAPITRE 1<sup>ER</sup> : APPROCHE CONCEPTUELE</b>	18
<b>1.1. La revue de littérature</b>	18
<b>1.2. Définitions opérationnelles des concepts</b>	24
<b>1.2.1. La qualité des soins</b>	25
<b>1.2.2. Ethique et morale</b>	29
<b>1.2.2.1. L'éthique</b>	29
<b>1.2.2.2. La morale</b>	31
<b>1.2.3. Ethique appliquée</b>	35
<b>1.2.4. Éthique professionnelle</b>	36
<b>1.2.5. Déontologie médicale</b>	39
<b>1.2.6. Ethique médicale</b>	41
<b>1.2.7. L'éthique des soins</b>	42
<b>CHAPITRE 2<sup>EME</sup> : APPROCHE THEORIQUE</b>	47
<b>2.1. Les théories philosophiques</b>	47
<b>2.1.1. Les théories éthiques</b>	47
<b>2.1.1.1. L'éthique de Jean-François Malherbe</b>	49
<b>2.1.1.2. L'éthique de Paul Ricoeur</b>	59
<b>2.1.1.3. L'éthique de Robert Misrahi</b>	68
<b>2.1.2. La théorie bioéthique</b>	78
<b>2.1.2.1. Qu'est-ce que la bioéthique ?</b>	78
<b>2.1.2.2. Les principes bioéthiques</b>	82
<b>2.1.2.2.1. Premier principe : L'Autonomie</b>	82
<b>2.1.2.2.2. Deuxième principe : La bienfaisance</b>	84
<b>2.1.2.2.3. Troisième principe : La justice</b>	85
<b>2.2. Les théories biomédicales</b>	87
<b>2.2.1. Le génie génétique</b>	87
<b>2.2.2. Technologies biomédicales</b>	90
<b>2.2.2.1. Techniques de procréation</b>	90
<b>2.2.2.1.1. La Procréation Médicalement Assistée (PMA)</b>	90
<b>2.2.2.1.2. La Fécondation in vitro et transplantation d'embryon (FIVETE)</b>	92
<b>2.2.2.2. Techniques macabres</b>	9
<b>2.2.2.2.1. Avortement ou Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)</b>	95

2.2.2.2.2. Euthanasie et suicide assisté	98
2.2.2.3. Techniques de maintien de la vie	101
2.2.2.3.1. L'acharnement thérapeutique	102
2.2.2.3.2. Prélèvement et greffe d'organes	104
CHAPITRE 3 <sup>EME</sup> : LES PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA PRATIQUE MEDICALE	113
3.1. Les valeurs fondamentales de la médecine	114
3.2. Le respect de la personne	116
3.3. La communication	123
3.4. Le consentement	126
3.5. Le secret médical	129
CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE	134
2 <sup>EME</sup> PARTIE : EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS AU BENIN : LES FONDAMENTAUX DE L'ETHIQUE MEDICALE ET DU CARE	135
CHAPITRE 4 <sup>eme</sup> : APPROCHE METHODOLOGIQUE	136
4.1. Milieu d'étude	136
4.1.1. Le choix du site d'étude	136
4.1.2. Présentation du milieu d'étude	137
4.1.3. Le centre national hospitalier universitaire Hubert Koutoukou MAGA de Cotonou (CNHU-HKM)	139
4.1.3.1. Assurer en permanence l'accueil et les soins	140
4.1.3.2. Assurer une Mission de Formation	141
4.1.3.3. Assurer la Recherche	141
4.2. Approche méthodologique	143
4.2.1. Type d'étude	143
4.2.2. Méthodes et techniques de recherche utilisées	144
4.2.2.1. Méthodes	144
4.2.2.2. Techniques de collecte des données	144
4.2.2.2.1. Première technique : L'entretien et témoignages	145
4.2.2.2.2. Deuxième technique : Le questionnaire	145
4.2.2.2.3. Troisième technique : Le focus group	145
CHAPITRE 5 <sup>eme</sup> : PRESENTATION DES RESULTATS	149
5.1. Résultats de l'entretien	149
5.2 Indicateurs de performance	154
5.2.1. Accueil du patient	154
5.2. Indicateurs de performance	155
5.2.2. Respect et équité	156
5.2.3. La sensibilité et la compassion	156
5.3. Résultats des questionnaires	157
5.3.1. Population et Echantillonnage	157
5.3.2. Liste des variables	159
5.3.3. Modèle conceptuel	160
5.4. Collecte des données	161
5.4.1. Considérations éthiques	162
5.4.2. Autorisations et difficultés rencontrées	162

<b>5.5. Résultats du guide d'entretien des focus-groups</b>	164
<b>5.5.1. Les items proposés</b>	165
<b>5.5.1.1. La satisfaction globale</b>	166
<b>5.5.1.2. Les évaluations</b>	166
<b>5.5.1.3. Disponibilité</b>	167
<b>5.5.1.4. Confiance</b>	170
<b>5.5.1.5. Compétence</b>	171
<b>5.5.1.6. Information</b>	172
<b>5.5.1.7. Participation aux décisions</b>	175
<b>5.5.1.8. Confidentialité</b>	176
<b>CHAPITRE 6<sup>ème</sup> : INTERPRETATION DES RESULTATS</b>	180
<b>6.1. Les patients</b>	182
<b>6.2. Les parents des patients</b>	192
<b>6.4. Les soignants</b>	201
<b>CHAPITRE 7<sup>ème</sup> : DISCUSSION DES RESULTATS</b>	211
<b>7.1. Les aspects relationnels</b>	211
<b>7.2. Les aspects « connaissances et compétences »</b>	222
<b>7.3. L'insuffisance des ressources humaines, financières et matérielles</b>	223
<b>7.4. Suggestions et recommandations</b>	224
<b>CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE</b>	226
<b>3<sup>EME</sup> PARTIE : DE L'ETHIQUE MEDICALE DEONTOLOGIQUE A L'ETHIQUE DU CARE AU BENIN</b>	227
<b>CHAPITRE 8<sup>ème</sup> : IMPORTANCE DE L'ETHIQUE DU CARE AU BENIN</b>	228
<b>8.1. L'état des lieux de l'éthique médicale déontologique au Bénin</b>	228
<b>8.1.1. Emergence d'une éthique minimaliste</b>	228
<b>8.1.2. Nécessité et rôle des comités éthiques</b>	229
<b>8.2. L'éthique du care entre l'éthique médicale et l'éthique déontologique</b>	237
<b>8.2.1. Considérations théoriques sur l'éthique de Care</b>	237
<b>8.2.2. Le care et l'éthique</b>	241
<b>8.2.3. L'éthique du care : une éthique médicale pratique</b>	244
<b>CHAPITRE 9<sup>ème</sup> : POUR UNE PHILOSOPHIE DES SOINS AU BENIN</b>	252
<b>9.1. Actualité de la philosophie du soin</b>	252
<b>9.1.1. Réflexion philosophique relative à la médecine</b>	255
<b>9.1.2. Philosophie du soin</b>	256
<b>9.2. La philosophie du soin et le care</b>	258
<b>9.3. La philosophie du care et les soins de santé</b>	263
<b>CHAPITRE 10<sup>ème</sup> : STRATEGIES ETHIQUES POUR UNE PHILOSOPHIE DU SOIN AU BENIN</b>	271
<b>10.1. L'homme, sujet et objet des soins</b>	272
<b>10.2. Trois dimensions de la qualité des soins</b>	280
<b>10.2.1. Le premier élément qui met le soin en tension :</b>	

<b>la technique</b> .....	282
<b>10.2.2. Le deuxième élément qui met le soin en tension :</b>	
<b>la relation</b> .....	289
<b>10.2.3. Le troisième élément de tension</b>	
<b>qui travaille le soin : la justice</b> .....	296
<b>10.3. Trois évolutions de la modernité ne favorisant pas</b>	
<b>la perspective du soin.</b> .....	303
<b>10.3.1. La première évolution</b> .....	303
<b>10.3.2. Deuxième évolution : La gestion au cœur</b>	
<b>de la relation de soin</b> .....	307
<b>10.3.3. Troisième évolution :</b>	
<b>La médicalisation de la vie</b> .....	310
<b>CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE</b> .....	316
<b>CONCLUSION GENERALE</b> .....	317
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	
<b>ET WEBOGRAPHIQUES</b> .....	322
<b>ANNEXES</b> .....	331
<b>Annexe 1 : GUIDE D'ENTRETIEN DES PATIENTS</b> .....	331
<b>Annexe 2 : GUIDE D'ENTRETIEN DES PARENTS</b>	
<b>DES PATIENTS</b> .....	337
<b>Annexe 3 : GUIDE D'ENTRETIEN DES SOIGNANTS</b> .....	342
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	347