

Analyse d'un conflit en éthique clinique à partir du schéma de l'argument de S. Toulmin

Correspondance

F. Quinche,
à l'adresse ci-contre.
e-mail : florence.quinche@unil.ch

F. Quinche

Croisette 38, 1260 Nyon, VD, Suisse.

Comment penser les délibérations conflictuelles en éthique clinique et plus précisément celles où les différents participants ne partagent ni les mêmes valeurs, ni les mêmes normes ? C'est là en effet que surgissent les principales difficultés en éthique clinique. Le modèle classique d'argumentation de Stephen Toulmin, s'il permet de formaliser les arguments, devra néanmoins être révisé si l'on veut l'appliquer à ce type de situations. En effet, trop unilatéral, il ne permet pas dans sa forme initiale d'intégrer la possibilité du désaccord, et notamment un pluralisme axiologique. C'est pourquoi nous proposons un modèle plus dialogique, afin d'intégrer la pluralité des points de vue. Ce nouveau modèle d'argument proposé dans cet article, plus proche des situations réelles, permet d'analyser plus finement nombre de délibérations éthiques et notamment de comprendre l'origine de nombreux malentendus et conflits.

Mots-clés : délibération - conflit - éthique médicale - valeurs - argumentation - communication

Notre point de départ consiste à examiner un type de conflit très courant dans la pratique de la clinique, à savoir un refus du patient à accepter les options de soin et de prise en charge (au sens large du terme) proposées par l'équipe soignante.

Cet exemple¹ permettra d'illustrer comment ce schéma peut clarifier un argument. Cette vignette est issue d'un cas réel discuté *a posteriori* par l'équipe soignante d'un centre de rééducation.

« Mme X, 74 ans, après une amputation du membre inférieur droit, est placée en réadaptation, ce qui devait à terme lui permettre de retrouver une certaine autonomie et rendre possible un retour à domicile. La patiente a déjà été amputée du membre inférieur gauche et souffre de diabète de type II, ainsi que d'une insuffisance rénale terminale provoquée par ce diabète mal contrôlé. Cependant, à la fin du séjour de réadaptation, la patiente n'a pas acquis l'autonomie fonctionnelle nécessaire pour un retour à domicile, en partie par absence de compliance à la réadaptation et de collaboration avec l'équipe soignante. Elle souhaite cependant vivement un retour à domicile. Son séjour en réadaptation est prolongé, afin qu'elle puisse organiser un retour à domicile avec une aide suffisante, mais elle peine à trouver cette aide et refuse un placement en EMS (établissement médico-social). Les séjours en réadaptation ne pouvant se prolonger indéfiniment, l'équipe soignante se trouve confrontée à un dilemme particulièrement difficile, soit laisser la patiente retourner à son domicile, avec une aide insuffisante car les soins à domicile ne souhaitent plus entrer en matière, la

demande étant trop lourde, soit lui permettre de rester en réadaptation, séjour inadapté puisqu'elle ne collabore pas à cette réadaptation avec l'équipe soignante. La durée du séjour est également dépassée de plus de six mois. C'est pourquoi l'équipe se prononce en faveur d'un placement en EMS, se basant sur les principes de bienfaisance et de justice de la bioéthique. La patiente défendant son droit à l'autonomie refuse ce placement en EMS et souhaite rester au centre de rééducation jusqu'à ce qu'elle ait trouvé une aide privée suffisante pour son retour à domicile. Devant ce refus d'accepter la solution proposée par l'équipe soignante, et l'impossibilité de trouver une solution qui satisfasse les deux parties, on fait alors appel au juge de paix. »

Notre hypothèse consiste à partir d'un schéma argumentatif classique et à examiner ensuite s'il permet l'analyse de ce type de situations. Le modèle de Stephen Toulmin est le plus général à ce jour, car s'appliquant aussi bien au droit qu'aux sciences expérimentales. La propriété d'un schéma d'argumentation est qu'il permet de distinguer et d'articuler les différents éléments d'un raisonnement, tout en les hiérarchisant. Ce type de schéma permet aussi de montrer des éléments qui n'apparaissent pas dans le discours, à savoir notamment, les présuppositions de certains éléments, ce sur quoi reposent les raisons données. Ce schéma de Toulmin se compose de six

1. Ne seront repris que quelques éléments du cas en question, suffisant à montrer la structure de l'argument proposé par l'équipe médicale.

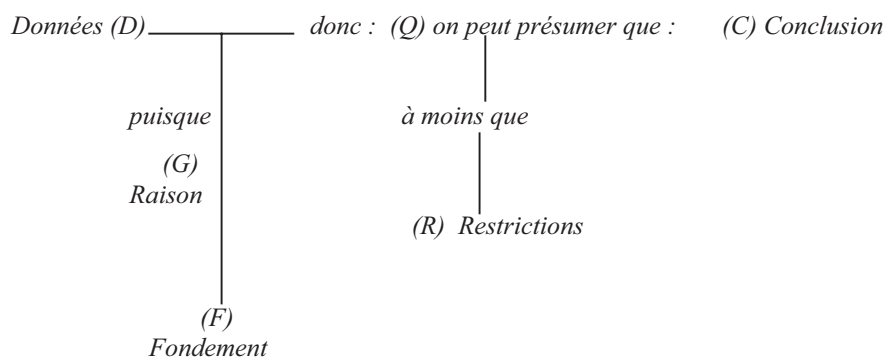


Schéma 1 : Schéma d'un argument (Toulmin).

parties² : les données (D, les éléments de la situation que l'on connaît, qui peuvent aussi bien être des faits, des savoirs, des croyances, des probabilités, etc.), raison (ground, G), fondement (F) de la raison, implication (Q), restrictions (R) (les cas dans lesquels l'implication ne fonctionne pas, les exceptions du type : « sauf si... ») et la conclusion (C). L'implication étant ce qui permet de passer des prémisses (D, G, F) à la conclusion. Schéma que l'on peut aussi formuler de la manière suivante (Schéma 1) : selon certaines données (D) et selon un argument G (qui s'appuie sur un fondement F), on peut présumer que C (conclusions), à moins que R (restrictions).

La description du cas correspond aux données (D) dans le schéma de l'argument. Cette description comporte au moins trois parties : 1) données médicales : diagnostic, pronostic, thérapie ; 2) contexte social, compliance ; 3) but du séjour.

Replaçons ces éléments dans le schéma de l'argument de Toulmin (Schéma 2) : compte-tenu des données D, se basant sur G (fondé sur F) on ne peut laisser Mme X retourner à domicile sans aide, ni la laisser rester en réadaptation, alors on peut présumer (Q) qu'un retour à domicile n'est pas souhaitable et qu'un placement en EMS est nécessaire, à moins qu'une aide suffisante pour le retour à domicile puisse être assurée (R). Cette présentation de cas montre clairement comment les arguments éthiques se déploient sur plusieurs niveaux.

Les valeurs (de l'équipe) et principes de bioéthique (autonomie, bienfaisance, justice, non-malfaisance) en jeu sont clairement présentés comme les éléments sur lesquels se fonde la décision, il s'agit donc dans le schéma de Toulmin de la raison (G) qui permet d'expliquer la décision (C). Mais de quel type est ce fondement ? Les valeurs appartiennent aux systèmes de valeurs de la profession médicale (code de déontologie, bonnes pratiques, but de l'établissement en question), ainsi qu'aux valeurs personnelles des soignants. Les deux principes mentionnés (justice et bienfaisance) appartiennent aux grands principes de la bioéthique.

Comme la décision prise par l'équipe va à l'encontre de la volonté de la patiente, l'équipe soignant

te a recours à un tiers pour résoudre le conflit, la justice de paix. Ce qui revient à recourir à un troisième type de fondement : le fondement juridique. Ce fondement externe et en principe neutre est compris comme un moyen d'éviter le conflit entre deux types de fondements différents (les désirs personnels de la patiente et les valeurs et normes du système hospitalier). Mais par ce recours à la justice de paix, on sort de la délibération éthique. En quelque sorte, on résout un problème éthique en le ramenant à un autre type de problème, c'est-à-dire en utilisant d'autres normes comme fondement de l'argument. En ce sens, on peut considérer qu'il s'agit là d'un échec de la délibération éthique. C'est probablement ce sentiment d'échec qui a généré par la suite la demande par l'équipe soignante d'une réflexion avec des éthiciens.

Mais par ce recours à la justice de paix, on sort de la délibération éthique.

Dans notre exemple, même si les valeurs de la patiente, ainsi que son point de vue sur ce qu'est une attitude juste, diffèrent de ceux des soignants ; l'argument se construit uniquement à partir du point de vue de l'équipe médicale. Puisque c'est cette équipe qui évalue l'applicabilité des valeurs de la patiente (et estime que son désir d'autonomie n'est pas réalisable). Mais ce n'est pas pour autant que la décision est simple. En effet, même si l'on se fonde sur des principes largement reconnus par la profession médicale, comme les quatre principes de bioéthique, la pluralité même de ces principes génère des conflits internes au système en question. Les soignants ont au cours de leurs discussions très clairement identifié ces conflits entre les principes eux-mêmes : autonomie-bienfaisance et autonomie-justice. En réponse aux dilemmes entre ces principes, des choix sont effec-

2. S.E. Toulmin. *The Uses of Argument*, Cambridge, Cambridge University Press, 1958.

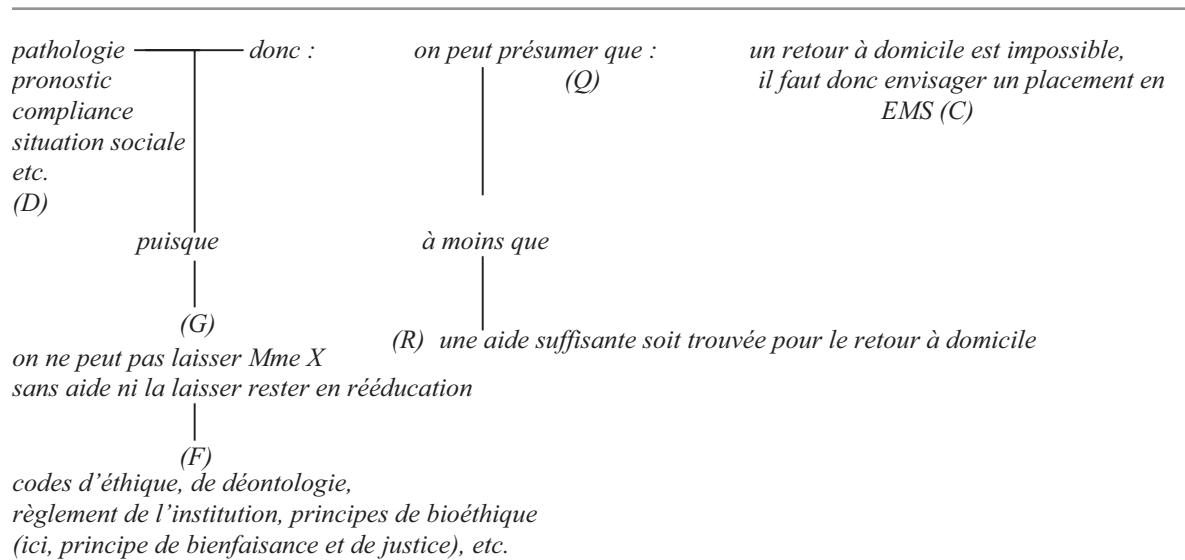


Schéma 2 : Argument en situation.

tués en les hiérarchisant et en privilégiant la bienfaisance et la justice.

Si cette argumentation a bien permis de poser des questions d'ordre éthique, reliant des faits à des normes et valeurs éthiques, on peut se demander si elle a été suffisamment bi-latérale et s'il aurait été possible qu'elle le soit davantage. En effet, la description du cas (D), de la situation problématique est rédigée par une seule des parties, et selon son point de vue. Les différents mondes possibles sont bien identifiés, mais on peut dire que l'évaluation de la « possibilité » de ces mondes se fait unilatéralement (équipe médicale et CMS). On superpose bien, comme dans le schéma de von Wright³, l'ensemble des alternatives désirables à celles qui sont effectivement possibles, pour ne garder que celles qui sont à la fois possibles et acceptables selon les normes des soignants. Il en résulte que seule la solution proposée par l'équipe soignante apparaît à la fois comme désirable et réalisable. La difficulté étant que ces différents mondes possibles ne sont pas considérés comme désirables par l'ensemble des personnes concernées. En effet, la patiente considère comme réalisable un autre ensemble de possibles (le retour à domicile), que l'équipe médicale juge irréaliste.

Trois points de divergence apparaissent ainsi, à savoir le fondement (F), la raison donnée (G) et les mondes considérés comme possibles, que l'on peut inclure dans les données de départ (D) ou plus précisément dans la compréhension même de la situation. Situation comprise, non seulement comme l'état actuel des choses, mais comme c'est souvent le cas en médecine, dans une perspective diachronique, à savoir comprenant les *perspectives possibles* de l'évolution de la pathologie, du handicap, etc. Les données ne sont pas absolument objectivables, leur appréciation dépendant du point de vue adopté.

Notre exemple est un cas limite (et pourtant courant dans les situations de soin), où aucune solu-

tion ne peut satisfaire l'ensemble des partenaires car ils ne définissent pas la situation de la même manière (D1 et D2) et ne font pas référence aux mêmes valeurs ou normes (F1, F2, et G1, G2) (Schéma 3) selon que l'on conduise l'argument à partir des valeurs de la patiente (F2) ou de l'équipe médicale (F1), à savoir de fondements différents, on obtient des réponses différentes (C1, C2).

En effet, la patiente, par son désir de retour à domicile, privilégie avant tout l'autonomie par rapport aux autres principes de la bioéthique classique.

Deux options sont donc clairement identifiées. En cela, on constate qu'une argumentation réelle, si elle prend en compte plusieurs personnes et plusieurs systèmes de valeurs, est bien plus complexe que le schéma de Toulmin, qui se limite à un seul point de vue et à un seul type de fondement. Par l'analyse de notre exemple, on constate qu'un argument construit à partir d'une réalité complexe est bien plus que l'exposition d'un raisonnement solitaire. Et même dans une argumentation unilatérale, on peut recourir à plusieurs fondements combinés. Car c'est dans la constitution même de l'argument qu'apparaît la pluralité des intervenants, par la diversité des fondements possibles, et donc des conclusions envisageables.

Il semblerait donc qu'en éthique on ne puisse pas simplement déployer un argument-sans tenir compte des fondements auxquels les autres participants pourraient avoir recours, car une telle argumentation resterait purement unilatérale et aurait peu de chances de résoudre un conflit, car elle s'apparente trop à l'imposition d'un point de vue unilatéral. Or en médecine, comment imposer une thérapie, un

3. Georg Henrik von Wright, (1968). *An Essay in Deontic Logic and the General Theory of Action, With a Bibliography of Deontic and Imperative Logic*, Amsterdam : North Holland Publ. Comp., *Acta Philosophica Fennica XXI*.

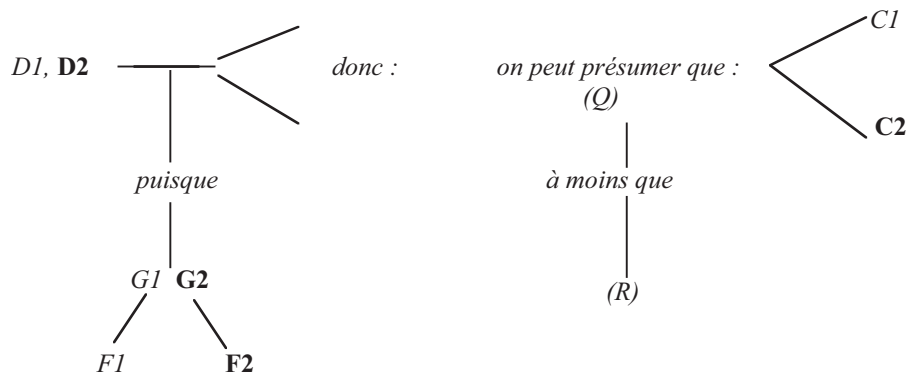


Schéma 3 : Dédoubler l'argument selon les positions des interlocuteurs (1 et 2).

mode de prise en charge à un patient ? En agissant ainsi on s'expose ainsi à une non-collaboration, une mauvaise compliance, voire à des refus de soins.

C'est ainsi que Francis Jacques dans « Dialogisme et argumentation : le dialogue argumentatif »⁴ transforme dialogiquement le modèle argumentatif de S. Toulmin, en introduisant à chaque étape de l'argument, une question et une réponse. Plus précisément, en considérant que chaque élément de l'argument tel que présenté par Toulmin, en tant qu'assertion, fonctionne en fait, dans une situation d'interlocution, comme une réponse à une question implicite. Dans ce modèle dialogisé⁵, l'argument se dévoile par le questionnement de l'interlocuteur (Tableau I). L'utilisation d'un schéma dialogique permet ainsi de mettre à jour la pluralité des ensembles de normes tout comme des mondes possibles envisageables. Ceci est particulièrement nécessaire en éthique clinique, où le soignant ne peut présupposer que le patient partage les mêmes valeurs que lui, ni qu'il envisage sa situation de la même manière que le corps médical. Les données « D », de la situation initiale ne sont évidemment pas toujours perçues de la même manière par l'équipe et le patient, elles comprennent de plus un ensemble de représentations et de significations qui peuvent varier fortement (sur le corps, la maladie, la manière dont on envisage le futur, les mondes possibles que l'on imagine etc.) non seulement entre les membres du corps médical, mais d'un patient à l'autre, même souffrant d'une pathologie du même type.

En ce sens, c'est bien là que la médecine se différencie d'une science de la nature, ces données ne sont pas simplement des données scientifiques, même si c'est souvent à cela qu'elles se trouvent réduites, elles comprennent des représentations, qui peuvent relever de choix personnels, de la culture, de la religion, etc. et sont à respecter en tant que telles. Trop longtemps ces éléments n'ont pas été inclus dans les délibérations, réduites aux arguments de type médicaux.

Ce que la dialogisation de l'argument nous montre, c'est qu'un argument seul, hors contexte

d'énonciation (et sans allocutaire) n'a que peu de sens, son sens plein n'apparaissant qu'en présence d'un interlocuteur, et plus précisément d'une remise en question. C'est bien là l'effet des questions de A, qui demande à B de justifier ses affirmations (aux points 5 et 7). L'argumentation apparaît ainsi comme un jeu de questions-réponses, où les différents éléments de l'argument n'apparaissent que s'ils sont sollicités par une interrogation. L'argumentation apparaît ainsi, dans sa version dialogique, comme un processus, dont l'issue dépend des multiples interlocuteurs, de leurs capacités interrogatives, comme de leurs capacités à répondre.

Le propre d'une délibération éthique n'est-il pas précisément d'être confronté à une pluralité de fondements différents (valeurs, codes moraux, principes...) ?

Mais on constate également que les questions, même avec un schéma aussi simple, peuvent être de plusieurs types : elles peuvent porter sur une proposition (C, D, G, R, F), son contenu, mais aussi sur des relations entre propositions (passage de D à C : question 2. Comment pouvez-vous inférer C ? Lien entre G et F, etc.).

Le propre d'une délibération éthique n'est-il pas précisément d'être confronté à une pluralité de fondements différents (valeurs, codes moraux, principes...) ? Et bien souvent à des fondements dans des normes étrangères à l'éthique (juridiques, règlements internes, etc.) ; et cela *a fortiori* en contexte pluraliste. Même lorsque certains fondements sont partagés (comme les valeurs d'autonomie, de bienfaisance, de justice), leur compréhension dans le

4. Francis Jacques, Dialogisme et argumentation : le dialogue argumentatif, *Verbum*, Tome XII, fasc. 2, 1989 : 221-37.

5. Sur le dialogue, voir aussi F. Jacques, *Dialogiques*, Paris, PUF, 1979 et *L'espace logique de l'interlocution*, Paris, PUF, 1985.

Tableau I : Dialogisation de l'argument.

Questions de A	Réponses de B
1. Quelle est la situation, comment percevez-vous la situation ?	2. Les données sont les suivantes : « D »
3. Qu'en concluez-vous, que faut-il faire dans cette situation ?	4. Voici ce que j'en conclus : « C »
5. Quels sont vos raisons pour conclure cela ?	6. Voici les raisons qui me permettent de conclure cela : « G »
7. Quels sont les fondements de vos raisons ?	8. Mes raisons se basent sur « F »

contexte de la situation peut être très différente, voire opposée. Dans notre exemple, la patiente considère la proposition de placement en EMS comme une injustice, alors que pour les soignants, c'est sa situation actuelle qui génère des injustices (car d'autres patients qui auraient besoin de soins de rééducation ne peuvent en bénéficier). Une difficulté supplémentaire apparaît ainsi : à partir des mêmes valeurs, ou des mêmes principes, des conclusions opposées peuvent être tirées selon le point de vue adopté.

Mais il ne suffit pas, pour entrer dans un dialogue éthique, d'appliquer n'importe quelle forme de discussion en groupe. Reste encore à définir quel type de dialogue est le plus à même de permettre au questionnement éthique de se déployer⁶ dans une argumentation bilatérale et ouverte. En effet, nombre de pseudo-dialogues ne cachent en fait qu'une argumentation monologique, où la position de l'autre n'est pas entendue, ou encore simplement instrumentalisée. Or, on a montré que pour donner sens à ce type de problèmes et de conflits, il s'avère nécessaire de sortir d'un schéma d'argumentation monologique – et unilatéral, pour s'ouvrir au questionnement par autrui, et entrer ainsi dans une réelle démarche heuristique. Les sources même du conflit pourront apparaître comme telles, car les différents éléments de l'argument (données, fondements, raisons, implications, conclusions, réserves) ne seront plus définis par une seule des parties en présence, mais apparaîtront souvent comme divers (tant au niveau de la description de la situation, de sa signification, qu'au niveau des fondements et raisons qui soutiennent les conclusions) et parfois inconciliables. L'analyse de l'argumentation, comprise comme un outil de clarification des positions respectives permet ainsi de mieux comprendre l'origine de certains conflits, trop souvent masquée par un simple *usage* de l'argumentation dans un but de persuasion ou

d'auto-justification. L'argumentation évitera ainsi de n'être que l'instrument de persuasion de l'autre, pour devenir un instrument de recherche *commune*. Elle ne perd pas là de sa force, bien au contraire, elle s'enrichit du débat et de la controverse.

En effet, une argumentation, soumise à la force d'un regard critique, à la demande de justification par l'intermédiaire de questions, ne peut que bénéficier de cet apport qui la renforce en la contraignant à l'explicitation des présupposés – à la mise en débat des fondements et des raisons.

Références

- Jacques F. La mise en communauté de l'énonciation. *Langage* 1983; 18: 47-72.
- Jacques F. Dialogue exige ; communicabilité et dialectique. *Archives de philosophie du droit, Dialectique en philosophie et en droit* 1984 ; 29 : 7-25.
- Jacques F. Dialogisme et argumentation : le dialogue argumentatif. *Verbum* 1989 ; 2 : 221-37.
- Quinche F. Bio-éthique, quel type de raisonnement ? *Réflexions chrétiennes* 2001 ; 3 : 31-53.
- Quinche F. Plaintes de patients et communication en médecine. *Contribution des philosophies du questionnement. Journal International de Bioéthique* 2001 ; 2 : 95-111.
- Quinche F. La délibération éthique, *Contribution du dialogisme et de la logique des questions*, Paris, Kimé, 2005.
- Toulmin S. *The Uses of Argument*, Cambridge, Cambridge University Press, 1958.
- Von Wright GH. *An Essay in Deontic Logic and the General Theory of Action, With a Bibliography of Deontic and Imperative Logic*, Amsterdam, North Holland Publ. Comp., Acta Philosophica Fennica XXI, 1968.

6. Recherche parallèle effectuée dans le cadre d'un doctorat de philosophie : F. Quinche, *La délibération éthique, contribution du dialogisme et de la logique des questions*, Kimé, 2005.