

# Le « principisme » et les cadres de référence en matière d'éthique en santé publique

Janvier 2016

Comment voir et relever les défis éthiques dans la pratique et les politiques de la santé publique? Notamment en utilisant les concepts éthiques pour éclairer nos réflexions. Pour cela, nul besoin d'être un spécialiste en éthique. Ce document fait partie d'une série dont l'objectif consiste à introduire les praticiens à certains principes, valeurs, théories ou approches importants pour l'éthique en santé publique.

## Introduction

Ce document porte sur les approches en éthique de la santé publique qui sont basées sur des principes. Nous y comparons certaines des caractéristiques de ces approches avec celles du principisme, soit l'approche des « quatre principes » bien connue et très utilisée en éthique médicale.

Nous nous pencherons d'abord sur certaines des principales caractéristiques du principisme. Puis, en les gardant à l'esprit, nous aborderons les cadres de référence en matière d'éthique en santé publique qui reposent sur des principes, afin de mettre à l'avant-plan leurs points communs et leurs différences.

Comprendre et reconnaître certaines des principales caractéristiques du principisme peut aider les praticiens et les praticiennes à :

- mieux situer leurs propres délibérations éthiques en santé publique en comprenant tant les différences que les similarités entre des approches éthiques variées;
- reconnaître et rendre explicite les orientations principistes qui les guident ou qui guident d'autres acteurs du milieu clinique ou de la santé publique, tant dans la recherche que dans la pratique;
- communiquer plus efficacement, après avoir reconnu les orientations mentionnées ci-dessus;
- comprendre certains des éléments du contexte historique et des orientations philosophiques qui sous-tendent l'éthique en santé publique.

C'est seulement vers l'an 2000 que l'éthique en santé publique a commencé à prendre sa place en tant que domaine spécifique au sein de la bioéthique. Ses partisans ont dû la distinguer de l'éthique médicale, en raison de la nature différente de la santé publique (p. ex., Childress *et al.*, 2002, p. 170; Dawson, 2011, p. 1; Upshur, 2002, p. 101). D'ailleurs, plusieurs articles portant sur l'éthique en santé publique commencent par expliquer les différences entre l'éthique médicale et l'éthique en santé publique. Les auteurs y soutiennent que les différences entre les pratiques cliniques et les pratiques de santé publique peuvent nécessiter des approches éthiques distinctes. L'accent a très majoritairement été mis sur les différences, partiellement en réaction à un problème d'adéquation entre les approches cliniques hautement individualistes qui insistent sur l'autonomie, et l'orientation collective, à l'échelle des populations, des pratiques de santé publique (Kass, 2004, p. 235). Toutefois, ces deux domaines ont aussi beaucoup en commun. La santé publique peut profiter (et profite effectivement) du travail déjà réalisé et des percées en éthique médicale.

Depuis son apparition en 1979, l'approche des « quatre principes » de Tom Beauchamp et de James Childress a transformé la manière dont l'éthique médicale est comprise et pratiquée. Cette approche porte plusieurs noms, dont le « mantra de Georgetown », l'approche des « quatre principes » et le « principisme », soit le terme que nous utiliserons ici<sup>1</sup>. Tous ces noms se rapportent à leur ouvrage *Principles of Biomedical Ethics* (Beauchamp et Childress, 1994), qui en est à sa septième édition. La prédominance de cette approche en éthique médicale a eu des effets au-delà des milieux

<sup>1</sup> Il semble être d'usage de réserver le terme « principisme » aux travaux de Beauchamp et Childress, et d'utiliser l'expression « approche basée sur les principes », de façon plus large et plus générique, pour référer aux autres travaux en éthique appliquée qui utilisent des principes. Les approches basées sur les principes incluent donc l'approche des quatre principes lorsqu'elle est utilisée dans d'autres contextes, de même que des approches qui utilisent des méthodes et des principes complètement différents.

cliniques; le principisme a en effet plus généralement laissé son empreinte sur l'éthique biomédicale, y compris sur l'éthique en santé publique<sup>2</sup>.

## Première partie — Qu'est-ce que le principisme?

Le principisme est un cadre de référence en matière d'éthique normative qui a été conçu pour aider la prise de décisions dans le domaine des soins de santé. À la base, son approche consiste à essayer de contourner les désaccords insolubles sur le plan de la théorie éthique normative et l'absence d'entente sur la façon de procéder qui en découle. Les auteurs se concentrent plutôt sur les éléments sur lesquels on s'entend généralement, soit des principes généraux intermédiaires. Ils notent que « souvent, le fait d'abandonner les théories morales générales n'entraîne pas de grande perte en ce qui concerne la prise de décision morale dans la pratique. Comme points de départ, les règles et les principes que partagent ces théories favorisent habituellement les jugements dans la pratique plus adéquatement que les théories » (Beauchamp et Childress, 1994, p. 17, traduction libre). Selon eux, cela s'explique par le fait que « les théories divergent quant à la justification, à la rationalité et à la méthode, mais elles convergent souvent en ce qui a trait aux principes intermédiaires » (Beauchamp et Childress, 1994, p. 102, traduction libre). En raison de cette convergence générale sur des principes, ils considèrent que le principisme est une approche axée sur la morale commune.

### JUSTIFICATION

Être d'accord, toutefois, n'est pas suffisant. Le principisme ne se contente pas d'examiner les actions ou les croyances des gens pour ensuite déclarer que les valeurs largement répandues sont moralement justifiées. Beauchamp et Childress abordent trois modèles pouvant servir à justifier des principes moraux : les modèles déductif, inductif et basé sur la cohérence. **La justification déductive** (descendante) signifie qu'une théorie morale fondamentale génère un ou plusieurs principes qui

détermineront la prise de décision morale<sup>3</sup>. Une autre approche est **inductive** (ascendante), ce qui signifie que les principes sont des généralisations tirées de jugements basés sur des situations ou des cas précis. La troisième approche se situe entre les deux autres et s'appuie sur leurs forces respectives : elle mobilise la notion de justification basée sur la **cohérence** entre des intuitions morales communes (c'est-à-dire quelque chose qui est intuitivement considéré comme raisonnable, qui s'intègre bien au système de croyances d'une personne). Ce modèle vérifie et produit la cohérence à l'aide d'une méthode appelée « **équilibre réfléchi** ». Partant de principes moraux communs, l'équilibre réfléchi soumet ceux-ci à un processus de va-et-vient qui distille, raffine et clarifie les principes en les examinant les uns à l'aide des autres et en les raffinant au moyen d'observations et de jugements moraux fondés sur des cas précis<sup>4</sup>. Ni les principes ni les jugements fondés sur des cas ne sont primordiaux ou absolus. Au contraire, ils sont tous susceptibles d'être modifiés ou remplacés. Chacun d'entre eux sert à perfectionner et à examiner les autres. L'équilibre réfléchi pourrait démontrer, par exemple, qu'une croyance apparemment centrale devrait être rejetée, car elle ne s'accorde pas avec le reste. En ce sens, il n'y a pas de « fondement » à strictement parler; on pourrait plutôt dire qu'il existe un noyau. Par la méthode de l'équilibre réfléchi, les principes font constamment l'objet d'une évolution et d'une analyse critique (Beauchamp et Childress, 1994; Marckmann, Schmidt, Sofaer et Strech, 2015). Le principisme dépend de ce mécanisme de justification (la cohérence par l'équilibre réfléchi), lequel est censé refléter tant l'acceptation commune qu'une vérification et un raffinement rigoureux. Selon Beauchamp, ce qui justifie les normes morales, « c'est qu'elles répondent aux objectifs de la morale, et non qu'elles sont universellement partagées à travers les cultures » (Beauchamp, 2007, p. 7, traduction libre).

<sup>2</sup> Précision : nous sommes en phase avec Dawson (2010a) en ce que nous considérons que l'éthique médicale et l'éthique en santé publique se retrouvent dans le domaine plus large de la bioéthique. Nous nous référons à ces trois domaines en utilisant ces termes. Pour une représentation visuelle, consultez la diapositive 5 de la présentation narrée à l'adresse suivante : [http://www.ccnpps.ca/ftp/2015-ethique-pw1/fr/PW1\\_fr.htm](http://www.ccnpps.ca/ftp/2015-ethique-pw1/fr/PW1_fr.htm).

<sup>3</sup> Cette orientation est souvent associée à l'expression « fondamental » lorsqu'il est question de principes. Pour un examen de certaines des implications de la métaphore du fondationnalisme, voir Sherwin (1999).

<sup>4</sup> Pour en savoir plus sur l'équilibre réfléchi, voir l'exposé très clair de Daniels (1979).

## PRINCIPES

Alors, qu'est-ce qu'un principe<sup>5</sup>? Beauchamp et Childress affirment que les principes ressemblent aux règles en ce qu'ils sont « des généralisations normatives qui guident l'action », mais lorsqu'on les examine plus attentivement, on constate que, comparativement aux règles, les principes affichent un contenu moins précis, et que leur portée est moins restreinte (Beauchamp et Childress, 1994, p. 38, traduction libre). « Les principes sont des guides généraux qui laissent énormément de latitude au jugement dans des cas précis et qui offrent des lignes directrices substantielles pour l'élaboration de règles et de politiques plus détaillées. » (Beauchamp et Childress, 1994, p. 38, traduction libre)

À travers le processus d'équilibre réfléchi, les auteurs ont élaboré quatre principes : le respect de l'autonomie (respecter la liberté et le choix des individus), la non-malfaisance (éviter de nuire aux autres), la bienfaisance (faire du bien aux autres) et la justice (comprise dans un sens large, et englobant la distribution des biens matériels et sociaux, les droits et les modalités de coopération) (Beauchamp et Childress, 1994; Beauchamp, 2007).

## APPLIQUER LES PRINCIPES : ÉQUILIBRER ET SPÉCIFIER

Les quatre principes sont universels, mais non absolus. Les auteurs affirment qu'ils ont généré, grâce à l'équilibre réfléchi, des principes éthiques qui s'appliquent à tous et à toutes, ce qui les rend ainsi universels. Toutefois, au lieu d'être absolus, ils sont considérés comme *contraignants à première vue*. Cette expression (on utilise aussi parfois « *prima facie* ») implique que, toutes choses étant égales par ailleurs, chacun de ces principes peut être moralement contraignant, mais que d'autres considérations morales pourraient avoir préséance en cas de conflit concernant ce qu'il faudrait faire dans une situation particulière (Beauchamp et Childress, 1994, p. 32; Frankena, 1973, p. 27). Cela signifie qu'il est important d'équilibrer ou d'arbitrer les principes. En fonction des circonstances, le

principisme peut permettre à la bienfaisance de prendre le pas sur l'autonomie, ou à l'autonomie d'avoir priorité sur la justice, etc., selon le poids qui leur est donné dans des cas particuliers. Autrement dit, les principes sont considérés comme contraignants à première vue, ce qui permet de faire en sorte que l'un l'emporte sur l'autre, au gré des circonstances.

Enfin, les quatre principes ne sont pas formulés de façon à s'appliquer directement à une situation ou à une autre. Comme nous l'avons vu plus haut, ils constituent plutôt « les normes les plus générales et les plus élémentaires », ou « les valeurs les plus générales de la morale commune » (Beauchamp, 2007, p. 7, traduction libre). Ils nécessitent plus de spécification. La spécification est un exercice qui consiste à examiner des contextes particuliers et à déterminer la manière d'appliquer les principes. Elle revient à développer le sens et la portée d'un principe dans différents contextes, types de situations ou situations données. En spécifiant les façons d'appliquer les principes, on précise les règles et les normes en vue de leur application concrète. Avec l'équilibre réfléchi, les règles et les normes sont toujours susceptibles de changer et d'être raffinées à partir des jugements découlant de cas précis.

Les auteurs soulignent que la spécification et de l'équilibrage sont nécessaires à l'utilisation des quatre principes, et qu'il s'agit de la seule manière d'obtenir un résultat concret en utilisant leur méthode. Ils soulignent aussi le fait que les jugements « ne peuvent pas être imposés de façon rigide par une simple formule » (Beauchamp et Childress, 1994, p. 36, traduction libre). En d'autres mots, le principisme n'est pas un algorithme. Il a été conçu pour être un guide, un outil, un instrument d'orientation dans des situations problématiques et parfois très difficiles. Les auteurs considèrent « la dissension, le conflit et l'ambiguïté morale comme des éléments omniprésents de la vie morale » (Beauchamp et Childress, 1994, p. 107, traduction libre).

Le principisme peut être vu comme un cadre de référence en matière d'éthique normative. La nuance entre théorie et cadre de référence n'est pas évidente, mais le principisme peut être considéré comme un cadre de référence élaboré à partir d'une analyse théorique poussée. Notamment, en ce qui nous concerne, c'est la primauté de son rôle d'aide pratique à la délibération qui le définit comme un

<sup>5</sup> Pour en savoir plus au sujet des principes, nous recommandons le texte de Beauchamp (1996, p. 80-85). L'auteur y explique une différence importante entre les principes en distinguant ceux qui jouent un rôle fondamental dans une théorie (ils seraient alors incontestables et fondamentaux, et constitueraient la synthèse de la théorie) de ceux qui s'inscrivent dans une conception cohérentiste (ceux-là seraient contestables, contraignants à première vue et non fondamentaux).

cadre de référence. L'ouvrage *Principles of Biomedical Ethics* renferme une discussion théorique poussée, mais l'outil pratique qui en découle est un cadre de référence qui s'appuie sur cette discussion. Les éléments théoriques ne doivent pas nécessairement être invoqués dans son application.

#### Résumé – les principales caractéristiques du principisme

Le principisme est un **cadre de référence en matière d'éthique normative conçu pour aider à la prise de décisions** dans le domaine des soins de santé. C'est une **approche axée sur la morale commune** qui s'appuie sur quatre **principes** intermédiaires : le respect de l'autonomie, la non-malfaisance, la bienfaisance et la justice. La force normative de ces principes découle d'un **modèle de justification basé sur la cohérence** qui diffère des modèles de justification descendants (théorie morale) et ascendants (basés sur des situations ou des cas précis), mais qui mobilise ces deux types de raisonnement à travers l'**équilibre réfléchi**. Autrement dit, les principes sont soumis à une analyse théorique visant à les clarifier et à les rendre cohérents. Ils sont également éclairés par les jugements découlant de situations précises. Chaque principe doit être considéré comme **contraignant à première vue** et aucun ne doit être jugé primordial. Les principes sont **contextualisés et appliqués par un travail de spécification** et ils sont **mis en équilibre les uns avec les autres**, en fonction de la situation.

#### CERTAINES DES FORCES DU PRINCIPISE

##### Il s'applique immédiatement et de façon générale

Le principisme se caractérise par sa simplicité, sa portée, sa souplesse et son applicabilité. Étant donné la nature générale et contraignante à première vue des principes, le principisme s'applique, combiné à la spécification et à l'équilibrage, dans une grande variété de contextes mettant en cause des interactions entre cliniciens et patients.

##### Il est accessible aux praticiens et pas seulement aux experts

Partir des principes intermédiaires permet aux cliniciens de se lancer directement dans la délibération éthique sans s'enliser dans des débats théoriques et sans avoir à se spécialiser dans les

théories et leurs mécanismes justificatifs, leurs nuances, etc.

##### Il conserve un lien avec les normes éthiques et les valeurs communes

L'équilibre réfléchi est un instrument très puissant permettant d'équilibrer la théorie et la pratique tout en considérant les normes éthiques largement répandues.

#### CERTAINES DES PRINCIPALES CRITIQUES DU PRINCIPISE :

##### Il est trop individualiste — il n'y a pas que l'autonomie dans la vie.

Malgré la soi-disant égalité des quatre principes, au fil des ans, l'accent a surtout été mis sur l'autonomie (Callahan, 2003; Gillon, 2003). D'ailleurs, en réfléchissant à ses objectifs initiaux et à ceux de Childress lors de la rédaction de *Principles of Biomedical Ethics*, Beauchamp affirme que leur proposition visait à déplacer la préoccupation principale en soins de santé de la bienfaisance vers l'autonomie (Beauchamp, 2007, p. 3). Beauchamp et Childress voulaient aussi prendre davantage en compte la justice sociale, ce qui est tout à leur mérite. Néanmoins, l'individualisme, la trop grande importance accordée à l'autonomie et la prééminence de la liberté individuelle sur la communauté ou les biens communs sont bien documentés dans la littérature en éthique médicale. Ils constituent aussi un point de désaccord fondamental pour plusieurs défenseurs de l'éthique en santé publique.

##### Il simplifie à outrance

Selon Callahan, la tendance réductionniste du principisme est un grave défaut. Parce qu'il ramène les enjeux éthiques à la spécification, gérable et axée sur les actions, d'un nombre limité de principes, le principisme exerce une « fonction de blocage ». C'est en quelque sorte une « réduction éthique » qui nous permet d'« amoindrir les ambiguïtés et les incertitudes qui constituent la plupart des problèmes éthiques graves » et qui « nous invite involontairement à cesser notre analyse morale à cette étape » (Callahan, 2003, p. 289, traduction libre) au lieu de développer une compréhension plus riche de la vie morale et de tout ce qu'elle comporte, y compris « les sentiments de sollicitude et les aspirations du devoir » (Tong, 2002, p. 419, traduction libre).



Curieusement, cette même tendance à la réduction est censée expliquer le succès et l'influence considérables du principisme. Evans (2000) estime que les principes constituent un système de « commensuration », un terme associé à la calculabilité et à la prévisibilité du domaine de la comptabilité, qui « part de la complexité de la vie morale telle qu'elle est concrètement vécue pour traduire cette information en quatre échelles, en éliminant l'information qui résiste à la traduction » (Evans, 2000, p. 32, traduction libre). Ainsi, le succès du principisme est né de sa simplicité, du potentiel de normalisation qu'il offre et de la manière dont il répondait au besoin de démontrer de la transparence au sein des systèmes bureaucratiques, comme dans les contextes politiques et des soins de santé aux États-Unis.

#### **« Ce lit est trop dur » — le principisme est rigide et absolutiste**

Cette objection, qui rejoint en grande partie celle qui accuse le principisme de simplifier à outrance, concerne la tendance à appliquer les principes de façon rigide, sans accorder suffisamment d'attention aux nuances et aux jugements individuels. Selon Toulmin, une « morale qui est entièrement basée sur des règles et des principes généraux est tyrannique et disproportionnée, et [...] seuls ceux et celles qui tiennent compte de façon équitable des différences individuelles subtiles comprennent correctement les exigences plus profondes de l'éthique » (Toulmin, 1981, p. 38, traduction libre). Cet auteur défend la casuistique, une approche ascendante et fondée sur des cas, qui s'inspire des similarités entre les jugements qui découlent de cas précis et qui s'attarde au particulier. Il affirme que les promoteurs du principisme font une erreur en utilisant les principes comme des axiomes à partir desquels, dans une « quête de certitude », ils tirent des déductions (Toulmin, 1981, p. 37, traduction libre). On peut dire que cela ne reflète pas la manière dont le principisme était censé être utilisé (Massé, 2003), mais cette critique s'adresse pleinement à ceux et celles qui l'utiliseraient de cette manière mécanique.

#### **« Ce lit est trop mou » — il n'y a pas de lignes directrices et rien pour assurer une cohésion**

Bien que le terme « principisme » serve aujourd'hui à présenter l'approche de façon neutre, il a été inventé dans un sens péjoratif par Clouser et Gert (1990) dans la première de leurs nombreuses critiques de l'approche des quatre principes.

Abordant l'œuvre d'un point de vue très ancré dans la théorie, les auteurs affirment que le principisme ne possède pas suffisamment de fondements théoriques. À leurs yeux, comme le principisme ne comporte pas de « théorie morale qui lie les "principes" les uns aux autres, il ne peut servir de guide unifié pour l'action, lequel générerait des règles claires, cohérentes, exhaustives et précises en ce qui concerne l'action, ni de justification de ces règles » (Clouser et Gert, 1990, p. 227, traduction libre). D'autres soulignent que ces auteurs ont des attentes différentes en matière de « théorie » morale et qu'ils ne peuvent que tirer des conclusions incompatibles concernant ce qui fonctionne ou ce qui est acceptable (p. ex., Davis, 1995), que ce soit sur le plan des fondements, des méthodologies, de la justification, etc. Les partisans d'une approche principiste ne prévoient ni n'attendent de consensus sur ce qui pourrait répondre à ces aspirations théoriques. Au lieu de débattre de ces questions, ils se concentrent (et comptent) sur les principes intermédiaires autour desquels un certain consensus semble déjà exister.

## **Deuxième partie — Quel rapport existe-t-il entre le principisme et les approches basées sur les principes en santé publique?**

En santé publique, les outils utilisés pour intégrer l'éthique à la pratique prennent généralement la forme de cadres de référence. Depuis environ l'année 2001, plusieurs cadres de référence ont été mis au point pour guider la prise de décision éthique dans divers domaines de pratique. Parmi les premiers exemples influents, mentionnons Kass (2001), Upshur (2002) et Childress *et al.* (2002); pour des exemples plus récents, nous pouvons citer notamment Willison *et al.* (2012), ten Have, van der Heide, Mackenbach et de Beaufort (2012) et Marckmann *et al.* (2015). À ce jour, le domaine de l'éthique en santé publique a produit une variété de cadres de référence destinés à des usages variés, ce qui constitue un contexte radicalement différent du milieu plus monolithique de l'éthique médicale, dans lequel le principisme domine.

Les cadres de référence en santé publique ont une portée moins grande que les théories, et leurs ambitions sont plus modestes. Les cadres de référence servent généralement de guides sans spécifier ce qu'il faudrait faire dans des situations

particulières. Ils mettent plutôt en relief les enjeux et les valeurs qui pourraient être pertinents dans ces situations, et ils encouragent la délibération. Comparativement aux théories, l'objectif des cadres de référence est davantage de servir d'outil pour éclairer la pratique quotidienne.

Il faut noter que les cadres de référence en éthique de la santé publique ne coïncident pas exactement avec le principisme. Certains ont plus en commun avec le principisme, et d'autres moins. Les cadres qui ont été conçus jusqu'à maintenant varient considérablement<sup>6</sup>. Ils diffèrent en ce qui concerne leurs orientations philosophiques sous-jacentes, allant d'une orientation libérale plus traditionnelle à des orientations plus étendues, communautaristes ou collectivistes (MacDonald, 2015). Ils diffèrent aussi sur le plan de leur portée, en ce que certains visent à être appliqués de façon générale à toute situation que l'on peut vivre en santé publique (p. ex., Kass, 2001; Marckmann *et al.*, 2015), tandis que d'autres visent des situations précises comme la gestion d'une pandémie (p. ex., Thompson, Faith, Gibson et Upshur, 2006), la lutte contre l'obésité (p. ex., ten Have *et al.*, 2012) ou la justification d'interventions de santé publique qui portent atteinte à l'autonomie (p. ex., Upshur, 2002). Quelques cadres explicitent leur justification philosophique sous-jacente, certains réfèrent à d'autres traditions de façon à suggérer leur justification, tandis que d'autres se mettent directement à l'ouvrage sans faire de telles références. Certains cadres sont structurés autour d'une série de questions, tandis que d'autres sont basés sur une liste de principes. Plusieurs cadres fournissent des lignes directrices structurées, de sorte que quiconque les utilise pourra aborder un ensemble de considérations ou de questions claires et ordonnées pour mettre en lumière les enjeux éthiques. D'autres n'offrent pas une telle approche structurée et laissent davantage leurs utilisateurs à eux-mêmes, offrant une liste ou un ensemble de considérations auxquelles penser et avoir recours.

Peu importe la forme que prend un cadre de référence, que ce soit une série de questions ou une liste de principes, des valeurs<sup>7</sup> seront soit

explicitement énoncées, soit indirectement évoquées. Dans les cadres de référence fondés sur des questions, les principes et les valeurs sont toujours là, mais seulement de façon implicite, au sein même des questions. Examinons par exemple le cadre de Kass, basé sur des questions, qui demande : « Le programme est-il mis en œuvre de façon équitable? » (Kass, 2001, p. 1780, traduction libre). Évidemment, pour définir le terme « équitable », il faudra délibérer sur des valeurs ou des principes tels que la justice distributive, la justice sociale, l'équité, la réciprocité, etc. Dans le cadre de référence de Marckmann *et al.* (2015), qui est lui aussi fondé sur des questions, on peut facilement dégager des cinq questions proposées des valeurs ou des principes (bénéfices, torts, autonomie, équité et efficacité), lesquels sont présentés comme des « critères normatifs ». Le cadre fait également référence à une liste de principes procéduraux qui concernent la mise en place d'un processus équitable. Bref, même les cadres qui ne sont pas explicitement fondés sur des principes tirent leur force normative de ceux-ci.

Les personnes qui connaissent déjà quelques cadres de référence en matière d'éthique en santé publique trouveront peut-être évidentes certaines de leurs ressemblances avec le principisme. En gardant en tête les caractéristiques du principisme abordées précédemment, on peut voir qu'elles se retrouvent aussi, à divers degrés, dans les cadres de référence en matière d'éthique en santé publique. En effet, plusieurs de ces cadres de référence en matière d'éthique normative :

- sont conçus pour la prise de décision;
- utilisent une approche axée sur la morale commune;
- où les principes sont :
  - soit énoncés, soit évoqués par des questions;
  - contraignants à première vue (ou encore, dans certains cas, organisés à l'avance selon un ordre de priorité);
  - contextualisés et appliqués par un travail de spécification;
  - mis en équilibre les uns avec les autres, en fonction de la situation.

<sup>6</sup> Les lecteurs qui souhaitent consulter des textes abordant les différences entre les cadres de référence en matière d'éthique en santé publique en fonction de différents critères peuvent se référer à Lee (2012), à MacDonald (2015) et à ten Have, de Beaufort, Mackenbach et van der Heide (2010).

<sup>7</sup> En ce qui nous concerne, nous considérons que les principes sont des valeurs exprimées dans un langage normatif de

manière à guider l'action. Ils ont des formulations comme : « il faut prendre en compte que... ».

Les cadres de référence en matière d'éthique en santé publique varient grandement en ce qui concerne la manière dont ils font appel aux principes (et à leur source de justification), mais pour ce qui est de leur justification normative, plusieurs d'entre eux, comme nous pouvons le voir, supposent ou comptent explicitement sur un modèle de justification basé sur la cohérence passant par l'équilibre réfléchi.

Un des premiers exemples influents de cadres de référence en matière d'éthique en santé publique est *Principles for the Justification of Public Health Intervention* d'Upshur (2002). Ce cadre peut illustrer la manière dont certains ponts ont été jetés entre le principisme en éthique médicale et l'éthique en santé publique. Upshur y affirmait qu'en raison des différences qui séparent la médecine clinique des pratiques de santé publique, il ne suffirait pas de « simplement importer les modèles conceptuels », et qu'une application directe des quatre principes serait problématique pour les pratiques de santé publique (Upshur, 2002, p. 101, traduction libre). Sur cette base, il a proposé quatre autres principes (principe du tort, moyen le moins restrictif, réciprocité et transparence) censés servir de points de départ à une approche basée sur les principes qui serait adaptée à « un domaine précis, mais important » de la santé publique (Upshur, 2002, p. 102, traduction libre). Fait intéressant, il semble que les autres caractéristiques du principisme aient été largement adoptées, car l'auteur considérait celui-ci comme un cadre « robuste et utile » (Upshur, 2002, p. 101, traduction libre) que les praticiens connaissaient déjà. Dans la même veine, Massé (2003) propose un ensemble plus large de valeurs (qui inclut les quatre principes, mais en compte six de plus : la promotion du bien-être, la défense du bien commun, l'utilité, la responsabilité paternaliste, la solidarité et la précaution) pour adapter le principisme à la santé publique.

Dawson affirme que le rôle premier d'un cadre de référence en santé publique est « d'aider à la délibération en rendant les valeurs pertinentes explicites » et que, une fois qu'elles sont mises en relief, « ces valeurs sont alors utilisées pour guider ou "cadrer" la prise de décision » (Dawson, 2010b, p. 196, traduction libre). Dans cette discussion, Dawson tient compte des rôles fonctionnels généraux de la théorie et des cadres de référence en matière d'éthique en santé publique, sans suggérer que ces rôles sont nettement définis. Il juge que le principal rôle de la théorie est d'offrir une

justification, tandis que celui des cadres de référence est d'aider à la délibération. Dans ce contexte, il note que si un cadre de référence doit clairement être lié, d'une façon ou d'une autre, à une théorie (et donc à une justification), le rôle principal d'un cadre de référence est tel qu'il ne devrait pas trop s'y attarder. Au contraire, « il n'y a rien de mal à ce qu'un cadre de référence tienne certaines considérations théoriques pour acquises et se préoccupe d'abord d'aider les décideurs occupés en leur fournissant une liste de vérification précisant les considérations, les principes et les enjeux pertinents à ne pas oublier » (Dawson, 2010b, p. 192, traduction libre). Cela est compatible avec l'utilisation des quatre principes. En santé publique, toutefois, comme il n'y a pas de consensus sur le cadre à utiliser, il est crucial de sélectionner le cadre approprié au contexte particulier pour pouvoir déterminer les valeurs ou les enjeux principaux à considérer.

La seconde des principales critiques du principisme mentionnées plus haut lui reprochait son caractère réducteur, perçu comme une faiblesse très grave, car il inviterait ses utilisateurs à balayer les nuances de la délibération éthique. Évidemment, il faut tenir compte de cette critique si nous considérons les cadres de référence comme des listes de vérification destinées à aider les décideurs qui n'ont pas le temps de s'attarder aux nuances éthiques. Cela révèle une tension concrète qui affligera n'importe quel cadre de référence, qu'il s'agisse du principisme ou encore qu'il soit l'un de ceux qui ont été développés pour la santé publique. Les praticiens doivent trouver l'équilibre entre un outil si sophistiqué et complet qu'il est inutilisable et un autre, simple d'utilisation, qui échoue à mettre en lumière les enjeux avec toute la subtilité ou la profondeur nécessaires. Les cadres sont utiles, mais ils ne font pas le travail à notre place, et ils ne peuvent être plus efficaces que ceux qui les utilisent. Plus leurs utilisateurs pourront adopter une perspective critique, plus ils seront sensibilisés (et habitués) à la mobilisation de concepts éthiques, meilleures seront les analyses et les décisions qui en résulteront. C'est plus facile à dire qu'à faire, mais rien ne peut remplacer l'esprit critique, soit la pratique qui consiste à remettre les acquis en question, au travail comme dans la vie personnelle. Il ne faudrait pas prétendre qu'un cadre de référence reflétera parfaitement cela, même si certains peuvent aider en ce sens. En même temps, nous ne devrions pas nier la valeur pratique des cadres pour mettre des enjeux importants à l'avant-plan. En effet, les cadres de référence et leur utilisation trouvent leur place dans

une perspective critique lorsque les utilisateurs ne cessent pas de réfléchir, mais sont plutôt encouragés à penser de façon critique à l'enjeu qui les occupe, en allant même au-delà de ce que suggèrent directement les cadres.

### QUE PEUVENT OFFRIR LES CADRES DE RÉFÉRENCE?

Comme dans le cas du principisme, les cadres de référence en matière d'éthique en santé publique, qu'ils soient ou non proches du principisme, peuvent aider les praticiens à percevoir les enjeux éthiques, à délibérer à leur sujet, à prendre des décisions et à justifier ces décisions. Un bon cadre devrait aider les praticiens à faire ce travail :

- en faisant appel aux valeurs et aux principes pertinents qui correspondent au contexte, pour aider à révéler les enjeux éthiques;
- en « cadrant » ou en structurant la délibération;
- en proposant un langage commun permettant de mener les discussions;
- en fournissant un point de départ à un niveau accessible aux non-experts en éthique;
- en ayant la souplesse de permettre la remise en question de normes tenues pour acquises;
- en précisant d'une manière ou d'une autre ce qui explique le choix de ces principes ou de ces questions pour ce domaine de pratique ou cet enjeu particulier;

- en offrant des lignes directrices concrètes et une forme d'ordre ou de structure qui aident les utilisateurs à appliquer les principes à l'enjeu et à les équilibrer en cas de conflit.

### MAIS ILS ONT LEURS LIMITES :

- Les cadres de référence ne sont pas des algorithmes. S'ils peuvent aider à faire ressortir les enjeux éthiques et à guider la délibération, ils ne remplaceront pas le travail qu'il faut effectuer pour faire face à des situations complexes.
- Bien qu'elle puisse être perçue comme une vertu, la fonction simplificatrice d'un cadre ne devrait pas nous amener à ignorer la complexité et la profondeur éthiques des situations. Une perspective critique (qui met en doute les acquis et qui se demande pourquoi les choses sont ainsi en considérant particulièrement qui a le pouvoir, qui fait les règles et quels sont les enjeux liés à la justice sociale) est difficile à saisir et n'est pas souvent sollicitée par les cadres de référence. L'adoption et l'application d'une perspective critique peuvent être des compléments essentiels à leur utilisation. Sans cette perspective critique, un cadre de référence peut bel et bien être un outil rudimentaire, en effet.



## Références

- Beauchamp, T. L. (1996). The role of principles in practical ethics. Dans L. W. Sumner et J. Boyle (dir.), *Philosophical perspectives on bioethics*. Toronto : University of Toronto Press.
- Beauchamp, T. L. (2007). The 'Four Principles' Approach to Health Care Ethics. Dans R.E. Ashcroft, A. Dawson, H. Draper et J.R. McMillan (dir.), *Principles of Health Care Ethics, Second Edition*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Beauchamp, T. L. et Childress, J. F. (1994). *Principles of biomedical ethics, Fourth Edition*. Oxford : Oxford University Press.
- Callahan, D. (2003). Principlism and communitarianism. *Journal of Medical Ethics*, 29, 287-291.
- Childress, J. F., Faden, R. R., Gaare, R. D., Gostin, L. O., Kahn, J., Bonnie, R. J., [...] et Nieberg, P. (2002). Public health ethics: Mapping the terrain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30, 170-178.
- Clouser, K. D. et Gert, B. (1990). A critique of principlism. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 15, 219-236.
- Daniels, N. (1979). Wide reflective equilibrium and theory acceptance in ethics. *The Journal of Philosophy*, 76 (5), 256-282.
- Davis, R. B. (1995). The principlism debate: A critical overview. *Journal of Medicine and Philosophy*, 20, 85-105.
- Dawson, A. (2010a). The future of bioethics: Three dogmas and a cup of hemlock. *Bioethics*, 24 (5), 218-225.
- Dawson, A. (2010b). Theory and practice in public health ethics: A complex relationship. Dans S. Peckham & A. Hann (dir.), *Public health ethics and practice* (pp. 191-210). Cambridge : Cambridge University Press.
- Dawson, A. (2011). Resetting the parameters: Public health as the foundation for public health ethics. Dans A. Dawson (dir.), *Public health ethics: Key concepts and issues in policy and practice* (pp. 1-19). Cambridge : Cambridge University Press.
- Evans, J. H. (2000). A sociological account of the growth of principlism. *Hastings Center Report*, 30 (5), 31-38.
- Frankena, W. K. (1973). *Ethics, 2<sup>nd</sup> Edition*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Gillon, R. (2003). Ethics needs principles—four can encompass the rest—and respect for autonomy should be “first among equals.” *Journal of Medical Ethics*, 29, 307-312.
- Kass, N. (2001). An ethics framework for public health. *American Journal of Public Health*, 91 (11), 1776-1782.
- Kass, N. (2004). Public health ethics: From foundations and frameworks to justice and global health. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 32, 232-242.
- Lee, L. M. (2012). Public health ethics theory: Review and path to convergence. *Public Health Reviews*, 34 (1), 1-26.
- Massé, R. (2003). La flexibilité des critères dans la justification éthique des interventions : du principlisme spécifié à un modèle centré sur les valeurs phares. Dans C. Hervé, B. M. Knoppers, P. A. Molinari et G. Moutel (dir.), *Éthique médicale, bioéthique et normativité* (pp. 105-120). Paris : Les Éditions Dalloz.
- MacDonald, M. (2015). *Introduction à l'éthique en santé publique 3 : cadres d'éthique en santé publique*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Consulté en ligne à : [http://www.ccnpps.ca/docs/2015\\_Ethique\\_In tro3\\_Final\\_Fr.pdf](http://www.ccnpps.ca/docs/2015_Ethique_In tro3_Final_Fr.pdf)

- Marckmann, G., Schmidt, H., Sofaer, N. et Strech, D. (2015). Putting public health ethics into practice: A systematic framework. *Frontiers in Public Health*, février 2015, 3 (23). Consulté en ligne à : <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2015.00023/full>
- Sherwin, S. (1999). Foundations, frameworks, lenses: The role of theories in bioethics. *Bioethics*, 13 (3-4), 198-205.
- ten Have, M., de Beaufort, I. D., Mackenbach, J. P. et van der Heide, A. (2010). An overview of ethical frameworks in public health: Can they be supportive in the evaluation of programs to prevent overweight. *BMC Public Health*, 10, 638-649.
- ten Have, M., van der Heide, A., Mackenbach, J. et de Beaufort, I. D. (2012). An ethical framework for the prevention of overweight and obesity: A tool for thinking through a programme's ethical aspects. *European Journal of Public Health*, 23 (2), 299-305. Consulté en ligne à : <http://ejournals.ebsco.com/Direct.asp?AccessToken=46BYKY58K92PJ5PC2PB125J5YJK181CB6&Show=Object&msid=604035520>
- Thompson, A. K., Faith, K., Gibson, J. et Upshur, R. E. G. (2006). Pandemic influenza preparedness: An ethical framework to guide decision-making. *BMC Medical Ethics*, 2006, 7 (12).
- Tong, R. (2002). Teaching bioethics in the new millennium: Holding theories accountable to actual practices and real people. *Journal of Medicine and Philosophy*, 27 (4), 417-432.
- Toulmin, S. (1981). The tyranny of principles. *Hastings Center Report*, 11 (6), 31-39. Consulté en ligne : <http://www.scribd.com/doc/45111046/Stephen-Toulmin-The-Tyranny-of-Principle#scribd>
- Upshur, R. E. G. (2002). Principles for the justification of public health intervention. *Canadian Journal of Public Health*, 93 (2), 101-103.
- Willison, D., Ondrusek, N., Dawson, A., Emerson, C., Ferris, L., Saginur, R., Sampson, H. et Upshur, R. E. G. (2012). *A framework for the ethical conduct of public health initiatives*. Public Health Ontario. Consulté en ligne à : <http://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/PHO%20%20Framework%20for%20Ethical%20Conduct%20of%20Public%20Health%20Initiatives%20April%202012.pdf>

**Janvier 2016**

Auteurs : Michael Keeling et Olivier Bellefleur, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

**COMMENT CITER CE DOCUMENT**

Keeling, M. et Bellefleur, O. (2016). *Le « principisme » et les cadres de référence en matière d'éthique en santé publique*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

**REMERCIEMENTS**

Le CCNPPS tient à remercier Angus Dawson (The University of Sydney), Michel Désy (Institut national de santé publique du Québec) et Ross Upshur (The University of Toronto) pour leurs commentaires sur une version préliminaire de ce document.

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) vise à accroître l'expertise des acteurs de la santé publique en matière de politiques publiques favorables à la santé, à travers le développement, le partage et l'utilisation des connaissances. Le CCNPPS fait partie d'un réseau canadien de six centres financés par l'Agence de la santé publique du Canada. Répartis à travers le Canada, chacun des centres de collaboration se spécialise dans un domaine précis, mais partage un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances. Le réseau des centres agit autant comme une structure de diffusion des contributions spécifiques des centres que de lieu de production conjointe des projets communs. Le CCNPPS est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un chef de file en santé publique au Canada.

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada par le biais du financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada.

N° de publication : XXXX

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé au : [www.ccnpps.ca](http://www.ccnpps.ca).

An English version of this paper is also available at [www.ncchpp.ca](http://www.ncchpp.ca).

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

