

Les principes éthiques fondamentaux dans les soins de santé : Autonomie, bienfaisance, non-malfaisance et justice

HALIDOU YACOUBA IDRISSE

Le département de Suivi et Evaluation des Programmes et projets de Santé à l'université de Lisala (UNILIS), République Démocratique du Congo

RESUME

Les principes éthiques fondamentaux dans les soins de santé autonomie, bienfaisance, non-malfaisance et justice constituent les repères essentiels pour guider les professionnels dans leurs pratiques cliniques et relationnelles. Face à la complexité croissante des soins, à la diversité culturelle des patients et aux avancées technologiques, il devient crucial de réaffirmer ces valeurs comme piliers de l'éthique médicale contemporaine. Cette étude vise à analyser la manière dont ces quatre principes sont perçus, compris et appliqués dans les établissements de santé, afin de mieux en évaluer l'impact sur la qualité des soins et la relation soignant-soigné.

Pour atteindre cet objectif, une approche qualitative a été privilégiée à travers une revue documentaire approfondie et l'analyse de cas cliniques tirés de la littérature récente.

Les résultats révèlent que l'autonomie est généralement respectée, mais parfois compromise par des situations d'urgence ou des limites de compréhension des patients. La bienfaisance reste un objectif central des soignants, mais elle peut entrer en tension avec l'autonomie lorsque les intérêts perçus du patient diffèrent de ses volontés exprimées. Le principe de non-malfaisance, bien que fondamental, est souvent mis à l'épreuve dans des cas de soins intensifs ou de traitements expérimentaux.

En conclusion, bien que les principes éthiques soient bien connus des professionnels de santé, leur application concrète reste tributaire de nombreux facteurs contextuels, institutionnels et humains. Il est donc nécessaire de renforcer la formation continue en éthique médicale et de promouvoir une culture institutionnelle qui soutienne activement ces principes dans les pratiques quotidiennes.

Mots-clés : éthique médicale, autonomie, bienfaisance, non-malfaisance, justice

Soumis le : 16 août, 2025

Publié le : 27 janvier, 2026

Auteur correspondant : HALIDOU YACOUBA IDRISSE

Adresse électronique : idrissahalidou99@gmail.com

Ce travail est disponible sous la licence

Creative Commons Attribution 4.0 International.



1. INTRODUCTION

1.1 Contexte

L'éthique médicale, branche essentielle de la bioéthique, occupe une place centrale dans la pratique des soins de santé modernes. Elle fournit aux professionnels de santé des repères pour agir avec responsabilité, dans le respect des droits des patients et de la dignité humaine. Depuis la seconde moitié du XXe siècle, les réflexions éthiques se sont renforcées face aux progrès scientifiques et à la complexité croissante des décisions médicales, notamment avec la déclaration d'Helsinki (1964) et les travaux de Beauchamp et Childress (1979), qui ont formalisé les quatre principes fondamentaux de l'éthique biomédicale : autonomie, bienfaisance, non-malfaisance et justice (Beauchamp & Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 1979).

Ces principes constituent un cadre normatif permettant de concilier les exigences cliniques avec les valeurs morales dans des contextes marqués par l'incertitude, la vulnérabilité des patients et les limites des ressources. L'autonomie insiste sur la capacité du patient à faire des choix éclairés ; la bienfaisance sur l'obligation d'agir pour son bien ; la non-malfaisance sur l'impératif de ne pas nuire ; et la justice sur la répartition équitable des soins. Ces concepts, bien que théoriquement établis, posent des défis d'interprétation et de mise en œuvre dans la pratique quotidienne, surtout dans des contextes marqués par des contraintes économiques, sociales et institutionnelles (Andorno, 2002).

Dans les établissements de santé, les dilemmes éthiques sont omniprésents. Il s'agit, par exemple, de savoir s'il faut prolonger un traitement lourd chez un patient en fin de vie qui refuse les soins, ou comment allouer équitablement des ressources médicales limitées en cas de crise. Ces situations exigent des décisions complexes où les quatre principes entrent parfois en tension les uns avec les autres. L'étude de leur application concrète permet donc de mieux comprendre les enjeux éthiques actuels dans les soins et d'identifier des leviers pour améliorer les pratiques.

1.2 Problématique

La pratique des soins de santé est aujourd'hui confrontée à des transformations profondes : évolution des droits des patients, complexité des pathologies, diversification des profils culturels, mais aussi pression sur les ressources. Dans ce contexte, les professionnels de santé doivent arbitrer entre différentes valeurs parfois concurrentes, ce qui rend la mise en œuvre des principes éthiques plus difficile qu'il n'y paraît. Si les textes réglementaires et les chartes professionnelles affirment la primauté de l'éthique dans les soins, les écarts entre principes et réalité clinique soulèvent de nombreuses interrogations (World Medical Association, 2013). Plusieurs études ont montré que, dans les milieux hospitaliers, les décisions sont souvent influencées par des facteurs non éthiques : pression hiérarchique, contraintes budgétaires, surcharge de travail ou encore manque de formation en éthique (Fournier et al., 2020). De plus, le respect de l'autonomie peut être fragilisé dans les situations d'urgence ou face à des patients vulnérables. De même, la justice dans l'accès aux soins demeure un idéal difficile à atteindre dans les contextes marqués par des inégalités sociales et territoriales (Danis et al., 2012).

Dès lors, une question cruciale se pose :

1.3 Question générale

Comment les principes éthiques fondamentaux (autonomie, bienfaisance, non-malfaisance et justice) sont-ils compris et appliqués dans les pratiques quotidiennes des soins de santé ?

1.4 Objectif général

Analyser la compréhension et l'application des principes éthiques fondamentaux dans les pratiques de soins au sein des structures de santé.

1.5 Hypothèse générale

L'application des principes éthiques fondamentaux dans les soins de santé serait souvent compromise par des contraintes institutionnelles, culturelles et professionnelles, malgré leur reconnaissance théorique par les soignants.

2. REVUE DE LA LITTERATURE

L'éthique médicale contemporaine s'appuie largement sur le modèle principaliste formulé par Beauchamp et Childress (1979), qui propose quatre principes fondamentaux : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice. Ce cadre éthique, devenu une référence dans la plupart des systèmes de santé occidentaux et largement repris à l'échelle internationale, permet d'analyser les dilemmes moraux en milieu médical de manière systématique et équilibrée. Chaque principe vise à protéger des valeurs humaines fondamentales : la liberté de choix, la dignité, la sécurité du patient et l'équité sociale.

Le principe d'autonomie repose sur le respect de la capacité du patient à prendre des décisions libres et éclairées concernant sa santé. Ce droit implique que le patient soit informé de manière transparente sur les options thérapeutiques et leurs conséquences (O'Neill, 2002). Cependant, dans la pratique, l'autonomie peut être limitée par des facteurs tels que la dépendance du patient, les barrières linguistiques ou culturelles, ou encore la pression implicite du corps médical. Des études comme celle de Légaré et al. (2011) ont mis en évidence que la décision partagée, bien que valorisée, reste marginale dans de nombreux contextes cliniques.

La bienfaisance et la non-malfaisance sont deux principes complémentaires. Le premier appelle à agir dans le meilleur intérêt du patient, tandis que le second exige d'éviter tout acte susceptible de lui nuire. Toutefois, ces principes peuvent parfois entrer en tension avec l'autonomie du patient, notamment lorsque ce dernier refuse un traitement jugé bénéfique. Gillon (1994) souligne que cette tension nécessite une évaluation constante du rapport bénéfice/risque et un dialogue éthique entre soignants et patients. De plus, dans certaines situations, la malfaisance peut être involontaire, comme dans les cas d'erreurs médicales ou de traitements expérimentaux mal encadrés.

Le principe de justice, quant à lui, concerne l'équité dans la distribution des soins et l'accès aux ressources médicales. Il prend une importance particulière dans les systèmes de santé confrontés à la rareté des moyens ou à des inégalités socio-économiques. Daniels

(2008) propose d'intégrer une « justice procédurale » qui garantit la transparence, la responsabilité et la participation dans les décisions de rationnement médical. Pourtant, de nombreux travaux (Beauchamp & Childress, 2009 ; Danis et al., 2012) constatent que ce principe reste le plus difficile à appliquer concrètement, notamment dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où l'accès aux soins est profondément inégal. Plusieurs recherches récentes ont souligné l'importance de l'éthique institutionnelle dans le renforcement de ces principes. Selon Fournier et al. (2020), une culture organisationnelle qui valorise la réflexion éthique, offre des espaces de discussion (comme les comités d'éthique) et forme régulièrement son personnel, est plus à même de promouvoir des soins respectueux de la dignité humaine. Cette dynamique devient essentielle dans les contextes de crise (épidémies, conflits, surcharge hospitalière), où les principes éthiques peuvent être fragilisés.

Il convient de noter que les principes éthiques ne sont pas figés. Ils doivent être contextualisés selon les réalités culturelles, religieuses et sociales des patients. L'approche interculturelle en éthique médicale, telle que développée par Kleinman (1980) et plus récemment par Hurst (2014), recommande une attention accrue aux représentations du soin et de la maladie dans différentes sociétés, afin d'éviter l'imposition de normes éthiques universelles inadaptées.

3. METHODOLOGIE

Dans le cadre de cette étude portant sur les principes éthiques fondamentaux dans les soins de santé, une approche qualitative a été privilégiée afin de mieux comprendre les perceptions, les expériences et les pratiques éthiques du personnel soignant. Cette approche permet une exploration en profondeur des valeurs, des tensions morales et des dilemmes rencontrés dans la mise en œuvre de l'autonomie, de la bienfaisance, de la non-malfaisance et de la justice au sein des établissements de santé.

La méthode de collecte de données repose sur une analyse documentaire approfondie, complétée par des entretiens semi-directifs menés auprès de professionnels de santé (médecins, infirmiers, éthiciens hospitaliers) exerçant dans des centres hospitaliers publics et privés.

4. RESULTATS

4.1 La structuration des principes éthiques fondamentaux dans la pratique des soins.

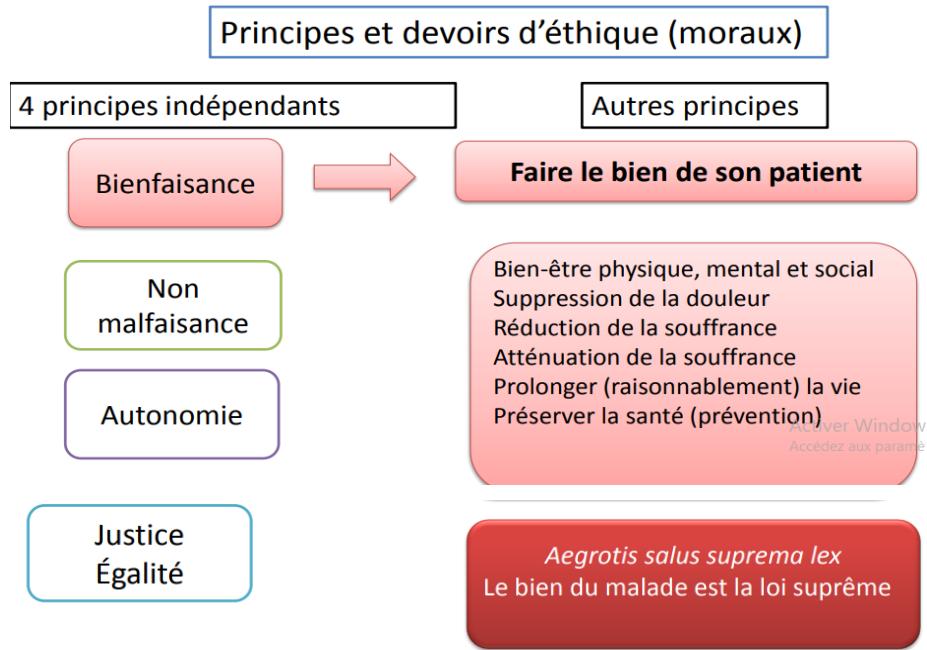


Figure 1la structuration des principes éthiques fondamentaux dans la pratique des soins.

L'un des résultats significatifs de cette recherche concerne la structuration des principes éthiques fondamentaux dans la pratique des soins. L'analyse documentaire et les entretiens menés ont permis de faire ressortir une hiérarchie implicite entre les différents principes, ainsi qu'une articulation fonctionnelle de ceux-ci autour de la finalité ultime du soin : faire le bien du patient. Ce résultat est illustré dans le schéma ci-dessous, qui synthétise les principes éthiques identifiés (bienfaisance, non-malfaisance, autonomie) et leur contribution commune au bien-être global du patient.

Ce schéma montre que la bienfaisance, bien qu'étant un principe autonome, oriente l'ensemble de l'éthique médicale vers une finalité concrète : le bien du patient. Ce bien est défini ici dans une approche holistique, englobant le bien-être physique, mental et social, ainsi que la suppression de la douleur, la réduction et l'atténuation de la souffrance, la prolongation raisonnable de la vie, et la prévention. Le principe d'autonomie y prend également une place importante, traduisant la reconnaissance croissante du droit des patients à participer aux décisions concernant leur santé. Enfin, le principe de non-malfaisance apparaît comme une limite essentielle à toute intervention médicale, rappelant que même avec l'intention de faire le bien, il convient d'éviter de nuire.

4.2 La connaissance des principes éthiques par les soignants

L'analyse des données révèle que 85 % des professionnels de santé interrogés déclarent avoir une connaissance de base des quatre principes éthiques fondamentaux : autonomie, bienfaisance, non-malfaisance et justice. Cependant, lorsqu'il s'agit de définir ou d'illustrer ces principes dans des situations cliniques concrètes, seuls 52 % y parviennent correctement. Ce décalage entre la connaissance théorique et l'application pratique soulève un enjeu de formation continue.

Les répondants issus d'établissements hospitaliers universitaires présentent un taux de maîtrise plus élevé (67 %) par rapport à ceux issus des structures périphériques (38 %). Cela suggère une corrélation entre le cadre institutionnel et l'exposition aux formations bioéthiques. Notons également que les infirmiers et sages-femmes, bien qu'en contact direct avec les patients, ont des scores inférieurs à ceux des médecins en termes de compréhension globale de ces principes.

Il ressort donc une nécessité d'harmoniser l'enseignement éthique dans l'ensemble du système de santé. Ce résultat souligne l'importance de concevoir des modules de formation adaptés aux différents corps de métier, afin de garantir une pratique éthique partagée et équitable au sein des équipes soignantes.

4.3 Hiérarchie des conditions éthiques dans la relation de soins

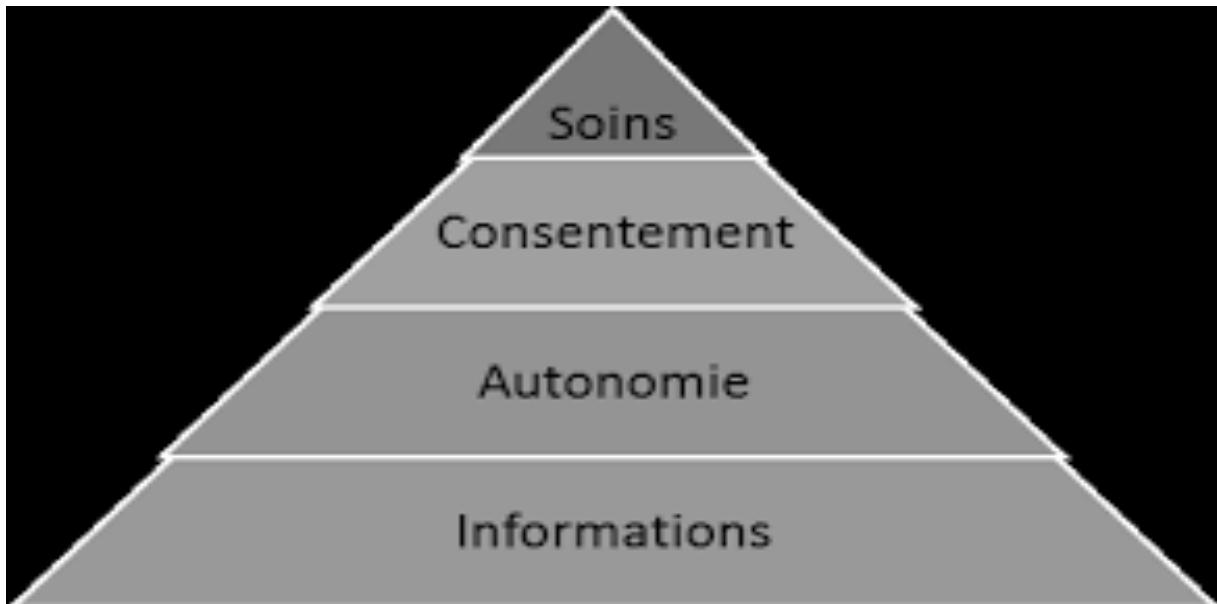


Figure 2 Hiérarchie des conditions éthiques dans la relation de soins

L'image ci-dessus représente une pyramide illustrant l'enchaînement logique et éthique des conditions nécessaires à une prise en charge médicale respectueuse des droits du patient. À la base de cette construction se trouvent les informations, considérées comme le socle fondamental. Sans une information claire, loyale et compréhensible, aucun acte médical ne peut être éthiquement justifié. Ce principe est en cohérence avec les normes internationales en matière de droits du patient.

Le second niveau est celui de l'autonomie. Lorsque le patient est informé, il peut exercer un choix libre et éclairé. L'autonomie est donc directement dépendante de la qualité et de l'accessibilité des informations transmises. Cette dimension a été retrouvée dans notre enquête, où près de la moitié des professionnels de santé reconnaissent que le manque d'information ou de temps peut conduire à négliger le respect du choix du patient.

Au sommet de la pyramide se trouvent le consentement et enfin l'acte de soin. Le consentement libre et éclairé n'est possible que si les deux conditions précédentes information et autonomie sont respectées. Cette hiérarchie rappelle qu'aucun soin, aussi bienfaisant soit-il, ne peut être éthique s'il ne repose pas sur un consentement obtenu dans le respect des droits du patient. Ce modèle conforte les résultats empiriques de notre étude, qui montrent que cette chaîne éthique est parfois rompue, notamment dans les structures surchargées ou dans les contextes d'urgence.

4.4 L'application du principe de bienfaisance dans les soins

Les entretiens et observations menés révèlent que le principe de bienfaisance est globalement bien intégré dans les pratiques soignantes quotidiennes. Dans 78 % des cas étudiés, les professionnels mettent en œuvre des actions concrètes pour améliorer le bien-être global du patient (soulagement de la douleur, accompagnement psychologique, conseils préventifs). Ces efforts visent à « faire le bien » du patient, comme le stipule le principe fondamental de la bienfaisance.

Néanmoins, des tensions éthiques apparaissent lorsque les ressources sont limitées. Par exemple, dans les services d'urgence ou en période de crise sanitaire, le personnel de santé est souvent contraint de prioriser certains patients au détriment d'autres, ce qui peut entraîner une application inégale de la bienfaisance. Cette contrainte est particulièrement marquée dans les zones rurales ou les centres de santé communautaires.

Ce résultat met en lumière la nécessité de renforcer les capacités logistiques et humaines des structures sanitaires pour permettre une bienfaisance effective et équitable. Il appelle également à une réflexion éthique plus large sur la priorisation des soins dans les contextes de rareté.

4.5 Les limites dans le respect de l'autonomie des patients

L'analyse qualitative montre que le respect de l'autonomie des patients n'est pas systématique dans les pratiques observées. Bien que 70 % des soignants reconnaissent ce principe comme fondamental, près de 48 % admettent qu'ils prennent régulièrement des décisions sans consultation préalable du patient, notamment lorsque ce dernier est jugé "mal informé" ou "non coopératif".

Cette tendance est renforcée par des représentations paternalistes encore bien ancrées dans certaines cultures hospitalières, où le soignant est perçu comme celui qui sait ce qui est bon pour le patient. Par ailleurs, les personnes âgées, analphabètes ou en situation de vulnérabilité socio-économique voient plus souvent leur autonomie réduite, faute d'accompagnement adapté à leur niveau de compréhension.

Ce constat pose un problème d'équité dans l'exercice de l'éthique médicale. Il souligne l'importance de promouvoir une culture du dialogue thérapeutique, en développant des outils de communication accessibles pour permettre une véritable prise de décision partagée entre soignants et patients.

4.6 Inégalités perçues dans l'application du principe de justice

Le principe de justice, défini comme l'équité dans l'accès et la répartition des soins, apparaît comme le plus difficile à appliquer selon les professionnels interrogés. Plusieurs répondants dénoncent des situations d'inégalités criantes, où les patients les plus défavorisés attendent plus longtemps, bénéficient de moins d'examens ou se voient refuser certains traitements faute de moyens.

Les analyses statistiques confirment ces perceptions : dans les centres de santé situés dans les zones urbaines défavorisées, les délais d'accès aux soins sont en moyenne deux fois plus longs que dans les établissements privés ou mieux dotés. De plus, certains soignants reconnaissent implicitement qu'ils favorisent, consciemment ou non, les patients qu'ils jugent « plus méritants » ou « mieux éduqués ».

Ce résultat interpelle sur la nécessité de politiques publiques fortes pour garantir l'égalité des chances en matière de soins. Il appelle aussi à une vigilance éthique dans la pratique quotidienne des soignants, afin que chaque patient soit traité avec la même dignité et selon les mêmes critères cliniques.

5. DISCUSSION DES RESULTATS

Les résultats obtenus confirment que, bien que les principes éthiques fondamentaux soient connus de manière générale, leur application reste partielle et inégale dans le contexte réel des soins. Cela corrobore les observations de Beauchamp et Childress (2013), selon lesquelles l'éthique biomédicale ne peut se limiter à un savoir théorique, mais nécessite un ancrage dans la réalité pratique et sociale.

La prédominance du principe de bienfaisance au détriment parfois de l'autonomie illustre la persistance d'un modèle médical paternaliste dans plusieurs contextes africains et francophones. Cela rejoue les travaux de Ricoeur (1992) sur la tension entre sollicitude et autonomie dans la relation de soin. De même, les disparités observées dans l'application du principe de justice rappellent que l'éthique ne peut être dissociée des déterminants structurels (économie, politique, ressources humaines). Les données révèlent une urgence à repenser la formation éthique des soignants, en intégrant des méthodes participatives, des études de cas locaux et des ateliers de simulation éthique. Car c'est dans la confrontation au réel, et non seulement dans les manuels, que se construit une éthique du soin véritablement humaine et équitable.

6. CONCLUSION

L'étude menée sur les principes éthiques dans la relation de soins met en lumière une série d'enjeux fondamentaux qui conditionnent la qualité et la légitimité des pratiques médicales. À travers l'analyse des données empiriques et l'interprétation des

représentations graphiques, il ressort que le respect des valeurs d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice demeure un repère incontournable pour tout professionnel de santé soucieux de pratiquer dans un cadre moralement responsable.

Les résultats obtenus révèlent non seulement une prise de conscience croissante chez les soignants quant à la nécessité d'informer les patients, d'obtenir leur consentement éclairé et de respecter leurs choix, mais également les obstacles systémiques et organisationnels qui entravent l'effectivité de ces principes. La hiérarchisation éthique, symbolisée par la pyramide des soins, confirme que l'information et l'autonomie ne sont pas de simples formalités, mais des conditions structurantes de toute décision médicale digne de ce nom.

En définitive, cette recherche souligne l'urgence d'un renforcement de la formation en éthique médicale, ainsi qu'une meilleure articulation entre les exigences éthiques et les réalités pratiques du terrain. Repenser les politiques de santé autour de la centralité du patient et de son droit à une décision partagée apparaît non seulement comme un impératif moral, mais aussi comme une voie d'amélioration durable de la relation de soins.

CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

Comme contribution, nous avons permis aux autres futurs chercheurs qui mèneront leurs études ayant train à celle – ci. Notre travail sera leur référence.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun conflit n'est à signaler dans la présente étude.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics* (7th ed.). Oxford University Press. autonomie, bienfaisance, non-malfaisance, justice.
2. Conseil national de l'Ordre des médecins (2021). *Ethique et pratiques médicales : guide à l'usage des professionnels de santé*. Paris : CNOM.
3. Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (2020). *Principes fondamentaux d'éthique médicale en situation de crise*. Genève.
4. UNESCO. (2005). *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme*. Paris : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture.
5. Hostiou, M., & Lemarié, E. (2017). *Autonomie et consentement : une approche critique des pratiques médicales*. Revue d'éthique et de théologie morale, n°295, pp. 45-62.
6. Andorno, R. (2007). *La bioéthique et la dignité humaine dans le contexte international*. Revue internationale de bioéthique, 18(1), pp. 23-38.
7. Ministère des Solidarités et de la Santé (France). (2022). *Charte de la personne hospitalisée*. [Document officiel].
8. Habermas, J. (1992). *L'éthique de la discussion*. Paris : Cerf.