Questionnaire du RÉCIF – Réseau d'éthique clinique international francophone
Synthèse des 106 réponses de ses membres
Octobre 2026

L'analyse des réponses met en évidence une dynamique à la fois très favorable au développement du réseau d'éthique clinique international francophone (RECIF) et profondément traversée par des tensions. Les répondants souhaitent que l'éthique clinique soit davantage reconnue, mieux structurée et plus visible, mais ils refusent qu'une formalisation excessive transforme la pratique fondée sur la singularité en une activité théorique.

À l'issu de l'examen des verbatims, quatre attentes principales se dégagent : un besoin fort de reconnaissance, une solide volonté de partager les expériences, une demande de formalisation souple et une nécessité de clarifier les enjeux, les pratiques et les finalités. Ces attentes sont étroitement liées : les échanges doivent permettre de renforcer les compétences et la légitimité des praticiens ; la formalisation doit rendre l'activité plus lisible sans supprimer sa souplesse ; et la reconnaissance institutionnelle doit fournir les conditions matérielles nécessaires à une pratique réellement intégrée aux soins.

I- Un fort besoin de reconnaissance :

Le besoin de reconnaissance constitue le fil directeur de plusieurs réponses, notamment aux question 1,2,3,5,6 et 7. Il concerne à la fois la reconnaissance institutionnelle de l'éthique clinique et la reconnaissance professionnelle, c'est-à-dire la visibilité, la compréhension et l'utilisation effective de cette pratique par les équipes de soins.

<u>Une reconnaissance institutionnelle insuffisante :</u>

Les répondants décrivent une éthique clinique encore trop souvent périphérique dans les établissements. Elle n'est pas systématiquement proposée lorsqu'une situation complexe survient, le nombre de saisines demeure limité et les dispositifs restent parfois inconnus des professionnels. Certaines structures ou groupes de réflexion reposent sur une seule personne, sur l'engagement bénévole de leurs membres ou sur quelques professionnels déjà convaincus. Plusieurs griefs institutionnels sont exprimés à ce sujet :

- Absence de temps dédié et identifié pour la réflexion éthique, les réunions, la préparation des délibérations et la rédaction des avis
- Absence ou insuffisance de financement de secrétariat, de coordination et de ressources humaines
- Recours au bénévolat, parfois en dehors du temps de travail habituel
- Faible reconnaissance de l'investissement des soignants, des membres extérieurs et des citoyens participant aux dispositifs
- Manque de soutien des directions et difficulté à obtenir l'accord institutionnel nécessaire à la participation des soignants aux dispositifs
- Priorité donnée par certaines institutions aux exigences de certification, au détriment du soutien concret à la réflexion éthique et de sa reconnaissance dans les pratiques de soins.
- Perception de la concertation éthique comme une activité chronophage, abstraite ou ne produisant pas de résultat directement quantifiable
- Absence de relais ou « d'ambassadeurs » permettant de faire connaître la démarche dans les unités

Le temps représente ainsi bien plus qu'une contrainte organisationnelle : il constitue une forme concrète de reconnaissance. Accorder du temps à l'éthique clinique signifie reconnaître qu'elle participe au soin et qu'elle mérite une place dans le fonctionnement ordinaire de l'hôpital. A l'inverse, ne lui accorder aucun temps revient à la maintenir dans une position superflue et aléatoire.

Un répondant formule particulièrement clairement cette inquiétude : « *Confier le développement de la réflexion éthique au "bénévolat", c'est prendre le risque de son épuisement ou de sa disparition. Une activité aussi cruciale mérite une reconnaissance et des moyens à la hauteur de ses enjeux.* ». Cette remarque résume l'un des principaux enseignements du questionnaire : les participants ne demandent pas seulement que l'éthique clinique soit appréciée sur le principe ; ils attendent qu'elle soit soutenue par des moyens concrets.

Une reconnaissance professionnelle encore fragile :

La reconnaissance attendue concerne également les praticiens en éthique clinique eux-mêmes. Plusieurs répondants indiquent que le rôle du consultant en éthique clinique demeure mal compris, que les structures sont peu sollicitées et que les consultants doivent encore justifier leur utilité, leurs compétences et leur légitimité.

Cette situation peut produire plusieurs effets :

- Le consultant doit expliquer en permanence ce qu'il fait et ce qu'il ne fait pas
- Les équipes ne savent pas toujours dans quelles situations solliciter l'éthique clinique
- Les médecins ou les responsables hiérarchiques peuvent freiner la saisine d'une structure
- Les décisions éthiques restent parfois informelles, non écrites ou non restituées
- L'éthique clinique dépend de la présence de quelques personnes sensibilisées
- Les praticiens isolés peuvent éprouver un sentiment de solitude, voire un « syndrome de l'imposteur »
- Les professionnels débutants peuvent ne pas se sentir légitimes pour contribuer au réseau ou intervenir dans des situations complexes
- Les nouveaux diplômés ne trouvent pas toujours de cadre organisationnel dans lequel exercer leur formation

La reconnaissance professionnelle suppose donc que les établissements comprennent mieux la spécificité de l'éthique clinique. Celle-ci ne consiste ni à fournir une réponse juridique, ni à imposer une décision, ni à appliquer mécaniquement une grille théorique. Elle consiste à organiser et à soutenir une réflexion collective sur une situation concrète, en rendant visibles les valeurs, les responsabilités, les tensions et les conséquences des différentes options.

Les différences selon les pays :

Les données suggèrent des différences de tonalité entre les pays, même si les mêmes difficultés sont présentes partout.

En France, les griefs portent particulièrement sur l'institutionnalisation incomplète, le manque de moyens, la faiblesse de la reconnaissance académique et institutionnelle, ainsi que l'absence de temps dédié. Plusieurs réponses françaises décrivent des pratiques isolées, sans structure formelle, ou des dispositifs très fragiles, dépendant d'une seule personne, ainsi que des comités jeunes et des établissements où l'aide à la décision éthique n'existe pas.

En Belgique francophone, les structures semblent parfois davantage présentes ou organisées, mais leur rôle demeure insuffisamment connu et leur sollicitation trop irrégulière. Les répondants insistent sur le manque de visibilité, le fonctionnement bénévole, le poids des contraintes hospitalières et le fait que l'éthique clinique ne soit pas automatiquement mobilisée par les équipes. La difficulté tient donc souvent moins à l'absence totale de dispositifs qu'à leur faible intégration dans les pratiques ordinaires.

En Suisse romande, plusieurs structures paraissent établies, avec des formations, des groupes identifiés et parfois des ressources dédiées. Cependant, la question des moyens, du temps disponible et de la consolidation institutionnelle reste importante. Les demandes peuvent augmenter plus vite que les ressources, tandis que les petites structures peinent à disposer de compétences et de retours sur la qualité de leur travail.

Au Québec, les réponses donnent l'image de structures parfois plus professionnalisées et dotées de ressources plus identifiées. Les difficultés se situent davantage dans l'accessibilité, l'isolement de certains praticiens, la dispersion géographique, la charge de travail et la définition des limites de l'intervention.

Ces différences doivent toutefois être interprétées avec prudence. Le nombre de répondants varie selon les pays et les questions, les catégories se recouvrent entre questions et les verbatims ne constituent pas une mesure exhaustive des systèmes nationaux. Elles permettent surtout d'identifier des tendances : la France et la Belgique francophone semblent davantage confrontées à un déficit de reconnaissance et de structuration ; la Suisse romande et le Québec disposent parfois de structures plus établies, mais restent confrontés à des problèmes de ressources, d'accessibilité, d'outils et de définition des rôles.

Une reconnaissance institutionnelle et professionnelle indissociable :

Les deux dimensions se renforcent mutuellement. Tant que l'éthique clinique ne disposera pas d'une place institutionnelle clairement reconnue, les professionnels auront des difficultés à être identifiés, sollicités et considérés comme des interlocuteurs légitimes. Inversement, plus les praticiens pourront démontrer la qualité, la pertinence et l'utilité de leur travail, plus il sera possible de convaincre les institutions de lui attribuer du temps, des ressources et une place officielle.

Le RECIF peut donc jouer un rôle d'intermédiaire entre ces deux niveaux. Il peut contribuer à rendre les pratiques visibles plus compréhensibles et pour soutenir les praticiens et porter un plaidoyer en faveur de l'institutionnalisation de l'éthique clinique.

II- Une solide envie de partager :

Les réponses des questions 2,3,4,5,6 et 7 manifestent une volonté de construire une culture commune de l'éthique clinique. Les participants ne demandent pas seulement des contenus supplémentaires. Ils souhaitent rencontrer d'autres praticiens, comparer les manières de faire, revenir sur leurs expériences et réfléchir ensemble à des situations réelles.

Des espaces d'échanges encore insuffisants :

Il manque des espaces d'échange francophones consacrés à l'éthique clinique. Cette absence est particulièrement problématique pour une pratique qui se construit dans des situations singulières, avec des patients, des proches, des équipes et des institutions confrontés à des difficultés concrètes.

Les répondants souhaitent pouvoir :

- Partager des expériences de terrain
- Discuter de cas cliniques
- Confronter différentes manières d'élaborer une réflexion éthique
- Connaître les modalités d'aide à la décision utilisées ailleurs
- Revenir sur les situations déjà traitées
- Remettre en question leurs propres pratiques
- Demander un regard extérieur
- Recevoir un soutien face à des situations complexes
- Mieux comprendre les rôles et les limites des praticiens

Ces échanges sont importants pour deux principales raisons. La première est qu'ils permettent d'abord de rompre l'isolement, notamment lorsque le répondant est la seule personne formée ou identifiée dans son service. La deuxième raison est qu'ils permettent par la suite de stimuler le développement professionnel : découvrir d'autres pratiques donne des idées, rend possible la comparaison et aide à identifier les limites de sa propre organisation.

Les différents types d'échanges évoqués :

- Réunions de discussions de cas
- Échanges de pratiques entre praticiens
- Retours d'expérience sur des consultations déjà menées
- Groupes de réflexion à distance
- Journées de rencontre en présentiel
- Séminaires et conférences
- Webinaires
- Échanges interculturels et interprofessionnels
- Compagnonnage à distance
- Supervision ou appui externe
- Échanges de personnel
- Stages dans d'autres structures
- Missions d'observation croisées
- Accueil de stagiaires
- Rencontres entre établissements et directions

Les répondants ne privilégient pas un seul canal d'échange. Le numérique est apprécié pour réduire les obstacles géographiques et faciliter la participation des personnes qui n'ont que peu de temps. Le présentiel est aussi incontournable pour créer des liens, approfondir suffisamment les discussions et construire une véritable communauté professionnelle.

Les entraînements à la pratique :

Ici, les répondants expriment une demande forte de formation appliquée et d'entraînement. Ils souhaitent pouvoir pratiquer, observer, essayer, discuter et progresser plutôt que de recevoir des exposés sur les concepts ou les méthodes.

Les modalités d'entraînement évoquées comprennent :

- Analyse collective de cas
- Exercices d'application des concepts
- Entraînement à la conduite d'une délibération
- Observation de consultations ou de réunions
- Compagnonnage entre praticiens expérimentés et débutants
- Utilisation de grilles ou d'outils matériels

Plusieurs répondants établissent une distinction entre la possession d'une formation et la capacité réelle à intervenir dans une situation d'éthique clinique. La compétence ne se réduit donc pas à connaître des théories. Elle se construit par l'expérience, la confrontation aux cas et l'analyse collective du travail accompli.

De l'échange à la recherche commune :

Certains participants proposent d'aller plus loin notamment en favorisant des projets de recherche communs. Voici les propositions :

- L'évaluation des consultations
- La constitution d'une base de données de cas

- La recherche sur les pratiques d'éthique clinique
- La comparaison des modalités de fonctionnement selon les pays
- La recherche sur l'éthique clinique en première ligne
- La réflexion sur la détresse morale des soignants
- L'élaboration de standards ou de repères de pratique

La recherche apparaît comme un moyen de consolider la légitimité du champ. Elle peut rendre visibles les pratiques, documenter leur utilité, identifier leurs effets et contribuer à leur reconnaissance institutionnelle.

Des différences selon les pays :

Les données suggèrent des différences de tonalité entre les pays, même si les attentes exprimées sont globalement similaires.

En France, les répondants expriment une demande forte de formation continue, de formations à distance et sur le terrain, ainsi qu'une base de données permettant de disposer de références et de soutenir la recherche en éthique clinique. Ils souhaitent également des missions d'observation et des échanges de pratiques, notamment en présentiel.

En Belgique francophone, les participants insistent davantage sur l'apprentissage par la pratique sur l'intérêt de formations permettant de s'appuyer sur des références, et sur la nécessité de disposer d'une base de données et de ressources. Ils expriment aussi une forte attente de journées de rencontre en présentiel, avec la possibilité de les suivre à distance une à deux fois par an. La contribution active est souvent conditionnée par le temps disponible, la charge de travail et le soutien institutionnel.

En Suisse romande, bien que les structures semblent parfois davantage établies, les répondants expriment une volonté de développer les échanges, les stages et les formations communes, dans un environnement où le réseau reste à renforcer. Les missions d'observation croisées sont également évoquées, mais leur mise en œuvre se heurte à un manque de reconnaissance institutionnelle et à la difficulté de disposer d'un temps dédié.

Au Québec, les répondants expriment un besoin d'outils, de ressources francophones et de lieux permettant de questionner leur pratique. Ils souhaitent également des formations appliquées, articulées à l'expérience de terrain et à la supervision. La contribution active est souvent conditionnée par le temps disponible, la charge de travail et le soutien institutionnel.

III- L'attente d'une formalisation sans contrainte :

Les réponses aux questions 2,3, 5 et 7 révèlent une tension structurante pour le RECIF. Les praticiens reconnaissent qu'un manque de formalisation fragilise leur activité, mais craignent qu'une formalisation trop rigide ne dénature l'activité d'éthique clinique.

La conscience d'un déficit de formalisation :
En plus du manque de reconnaissance institutionnelle, plusieurs répondants reconnaissent que les praticiens eux-mêmes ne savent pas toujours suffisamment définir et revendiquer leur rôle. Les difficultés concernent :

- La définition des compétences attendues
- La clarification du rôle du consultant
- La description des étapes d'une consultation
- La formulation d'une réponse claire et concise
- La distinction entre réflexion éthique, soutien psychologique, médiation, conseil juridique et décision médicale
- La restitution écrite ou orale des avis

Un répondant belge évoque ainsi un « *amateurisme éclairé* ». Cette formule ne signifie pas nécessairement que les décisions prises seraient mauvaises. Elle souligne plutôt l'absence de critères communs permettant d'apprécier la cohérence, la consistance et la possibilité de discuter les méthodes et les avis produits.

La formalisation apparaît donc nécessaire pour rendre la pratique plus lisible et plus transmissible. Elle pourrait notamment prendre la forme de repères, de descriptions de fonctions, de recommandations, de ressources méthodologiques, d'exemples de consultations et de modalités d'évaluation.

La liberté de pratiquer selon les situations :

Cette demande de formalisation se heurte toutefois à un attachement très fort à la liberté de pratiquer l'éthique clinique en fonction des contextes et des cas discutés. Les participants refusent l'idée d'une méthode unique qui serait appliquée de manière uniforme à toutes les situations.

Les répondants expriment plusieurs inquiétudes :

- Les outils communs pourraient devenir des standards obligatoires
- Une unification pourrait éloigner les praticiens du cas par cas
- L'homogénéisation pourrait effacer les particularités des structures, des patients et des contextes
- Une formation trop théorique pourrait éloigner la réflexion de la réalité clinique

Les répondants souhaitent disposer de points d'appui sans être enfermés dans un modèle. Les outils doivent aider à penser. Les références doivent soutenir la discussion et non déterminer à l'avance la conclusion. Les critères doivent garantir un niveau d'exigence, non imposer une réponse identique dans des situations différentes.

La question de la certification :

Cette tension se concentre particulièrement autour de la certification. Les réponses ne sont pas homogènes.

Pour certains participants, un label ou encore une certification pourrait constituer un signe de sérieux dans les institutions habituées à ces outils. Une telle reconnaissance pourrait donc faciliter l'identification des structures compétentes, renforcer leur crédibilité et soutenir leur institutionnalisation.

Alors que pour d'autres, la certification est perçue avec méfiance. Une répondante française estime que les certifications peuvent être dangereuses en éthique si elles conduisent à certifier une conformité formelle plutôt qu'une véritable pratique de consultation. Le risque est de transformer la qualité de la réflexion éthique en un ensemble de critères, alors que la pertinence de l'intervention dépend de la capacité à écouter, délibérer, tenir compte du contexte et préserver la singularité de la situation.

La formalisation attendue est donc une formalisation souple, évolutive et réflexive. Elle doit soutenir la professionnalisation sans devenir une normalisation.

Des différences selon les pays :

Les données suggèrent des différences de tonalité entre les pays, même si les tensions générales sont présentes partout.

En France, les répondants expriment une méfiance marquée à l'égard de la certification en éthique clinique, jugée comme potentiellement problématique si elle avait pour vocation à se substituer à la réalité de la pratique. Ils insistent aussi sur la nécessité de préserver la diversité des pratiques et ne pas effacer les particularités des structures et des contextes.

En Belgique francophone, la certification ou le label est davantage perçu comme un signe de sérieux susceptible de faciliter la reconnaissance de l'éthique clinique dans les structures habituées aux labels, aux certifications et aux accréditations. Les répondants belges soulignement l'importance de garder une ligne directive ouverte et hétérogène, dans l'objectif de tenir compte de la diversité des approches et des contextes. Ils expriment également une forte attente de discussions communes sans une excessive théorisation de la pratique, en insistant sur la nécessité de partir des situations concrètes.

En Suisse romande, la formalisation est perçue comme nécessaire pour rendre la pratique plus lisible, mais elle doit rester compatible avec la liberté de pratiquer selon les situations.

Au Québec, la formalisation est attendue comme le moyen de consolider les pratiques déjà identifiées et de préciser les rôles.

IV- La nécessité de clarifier les enjeux :

Les réponses aux questions 4,6,19 et 20, complétées par les données relatives aux questions 15 à 28, montrent que le réseau doit composer avec une très forte hétérogénéité des structures et des pratiques.

Des structures difficilement comparables :

Les dispositifs décrits diffèrent par :

- Leur composition professionnelle
- Leur taille
- Leur niveau d'activité
- Leur rattachement institutionnel
- Leur degré d'autonomie
- Leurs modalités de saisine
- Leur fréquence de réunion
- Leurs ressources humaines
- Leur financement
- Leur niveau de formation
- Leur ouverture aux patients, aux proches, aux citoyens et aux non-soignants

Certaines structures réunissent principalement des soignants. D'autres associent médecins, philosophes, juristes, sociologues, représentants des usagers, citoyens, gestionnaires, pharmaciens, personnels administratifs ou professionnels du secteur médico-social. Plusieurs répondants considèrent que cette diversité comme étant indispensable à la qualité de la réflexion d'éthique clinique, car elle permet de faire apparaître des perspectives différentes et d'éviter notamment qu'une analyse ne soit dominée par un seul point de vue professionnel.

Les niveaux d'activités sont également très contrastés. Certaines structures organisent des réunions régulières, parfois hebdomadaires, et peuvent mobiliser des membres ad hoc pour les consultations. D'autres fonctionnent seulement quelques fois par an, interviennent sur sollicitation ou demeurent peu actives. Certaines disposent de plusieurs équivalents temps plein, tandis que d'autres ne bénéficient d'aucun temps dédié et réunissent des professionnels en supplément de leur activité habituelle.

Des objectifs différents :

Les structures ne poursuivent pas toutes les mêmes finalités. Les réponses font apparaître plusieurs orientations :

- Consultation et aide à la décision dans des situations concrètes
- Soutien à la réflexion des équipes
- Formation des professionnels
- Accompagnement des équipes confrontées à une détresse morale

- Réflexion institutionnelle
- Recherche en éthique clinique
- Diffusion d'une culture éthique
- Soutien à la pratique en soins palliatifs
- Intervention en psychiatrie
- Participation à des protocoles de recherche

Cette diversité rend difficile l'élaboration d'un modèle unique.

Une faible appétence pour les cadres théoriques et méthodologiques :

Les réponses montrent une demande réelle d'outils et de formation, mais aussi une certaine méfiance envers les cadres théoriques trop éloignés du terrain. Cette réserve paraît particulièrement visible dans les réponses françaises et belges, où plusieurs participants opposent la pratique de l'éthique clinique à une approche exclusivement académique ou théorique.

Certains répondants estiment que l'éthique clinique est « avant tout un concept pratique » et que l'adjectif « académique » risque d'être compris comme une approche trop théorique, peu utile à la pratique quotidienne. Une autre réponse affirme que l'éthique est « *malade de formations théoriques* » et qu'elle a surtout besoin de temps et de relais pour permettre aux professionnels de penser et d'agir ensemble.

Cette critique ne signifie pas un rejet de la théorie ou de la méthode ; elle ne remet pas en cause les cadres théoriques ou méthodologiques eux-mêmes, mais leur usage lorsqu'ils sont trop éloignés du terrain. Elle traduit plutôt le souhait que ces cadres soient directement utiles à la pratique. Les répondants demandent des outils, des guides, des exemples ou encore des références, mais veulent les adapter aux situations réelles dont ils sont saisis.

Un enjeu pour le RECIF :

Il semblerait que le RECIF devra répondre à deux attentes qui peuvent paraître contradictoires : d'une part, offrir aux praticiens de la solidarité, du soutien, des échanges et des espaces souples de partage et d'autre part, viser un niveau d'exigence suffisant pour contribuer à la reconnaissance institutionnelle et éventuellement professionnelle de l'éthique clinique.

La solidarité doit être comprise comme une progression collective, une amélioration des pratiques et une capacité à répondre aux exigences qui s'imposeront progressivement.

L'objectif ne devrait donc pas être d'obtenir une uniformité des pratiques, mais de construire un socle commun suffisamment solide pour garantir la qualité, la lisibilité et la transmissibilité de l'activité, tout en laissant une marge d'interprétation et d'adaptation.

V- Conclusion :

Les résultats suggèrent que le réseau pourrait être structuré autour de plusieurs fonctions complémentaires.

Une fonction de mise en relation :

Le RECIF doit d'abord permettre aux praticiens de se connaître et de ne plus exercer seuls. Il pourrait proposer des groupes de discussion, des rencontres régulières, des échanges entre structures, des missions d'observation. Cette fonction est essentielle pour les praticiens isolés, les petites structures, les nouveaux diplômés et les personnes qui exercent l'éthique clinique à temps partiel ou encore bénévolement.

Une fonction de professionnalisation :

La professionnalisation ne doit pas signifier une bureaucratisation de l'éthique clinique. Elle devrait consister à aider les praticiens à mieux expliciter leur rôle, leurs compétences et leurs méthodes, tout en maintenant la liberté nécessaire à l'analyse des situations singulières.

Une fonction de documentation et de recherche :

La création d'une base de données, d'une bibliothèque de références et d'un observatoire des pratiques répond directement aux attentes exprimées. Ces ressources pourraient documenter les différentes formes de consultation, les structures existantes, les méthodes utilisées, les difficultés rencontrées et les effets perçus.

La recherche commune pourrait constituer un moyen de dépasser l'isolement des équipes, de renforcer la légitimité académique du champ et de produire des données utiles au plaidoyer institutionnel.

Une fonction de visibilité et de plaidoyer :

Le réseau peut également contribuer à faire connaître l'éthique clinique auprès des établissements, des directions, des professionnels et du public.

Cette visibilité est indispensable pour que l'éthique clinique ne reste pas une pratique connue uniquement par les personnes qui la pratiquent déjà.

Une fonction de pluralisme et de solidarité :

Le réseau doit enfin préserver une ligne directrice ouverte, pluraliste et hétérogène. Les réponses demandent de tenir compte des différences entre pays, institutions, professions, traditions intellectuelles et contextes de soins. Elles invitent également à ne pas limiter le réseau à une conception occidentale ou exclusivement hospitalière de l'éthique.

Par ailleurs, la longueur et la diversité du questionnaire peuvent effectivement représenter un effort pour les répondants. Cependant, cet effort est cohérent avec la complexité du projet : il ne s'agit pas seulement de recueillir une adhésion de principe, mais de comprendre les réalités, les besoins et les tensions qui traversent les pratiques. Le développement de l'éthique clinique ne pourra pas reposer uniquement sur quelques personnes déjà engagées. Il suppose une solidarité réelle entre praticiens, structures et pays, ainsi qu'un travail collectif suffisamment approfondi pour construire des ressources utiles, améliorer les pratiques et défendre la reconnaissance institutionnelle de cette activité.