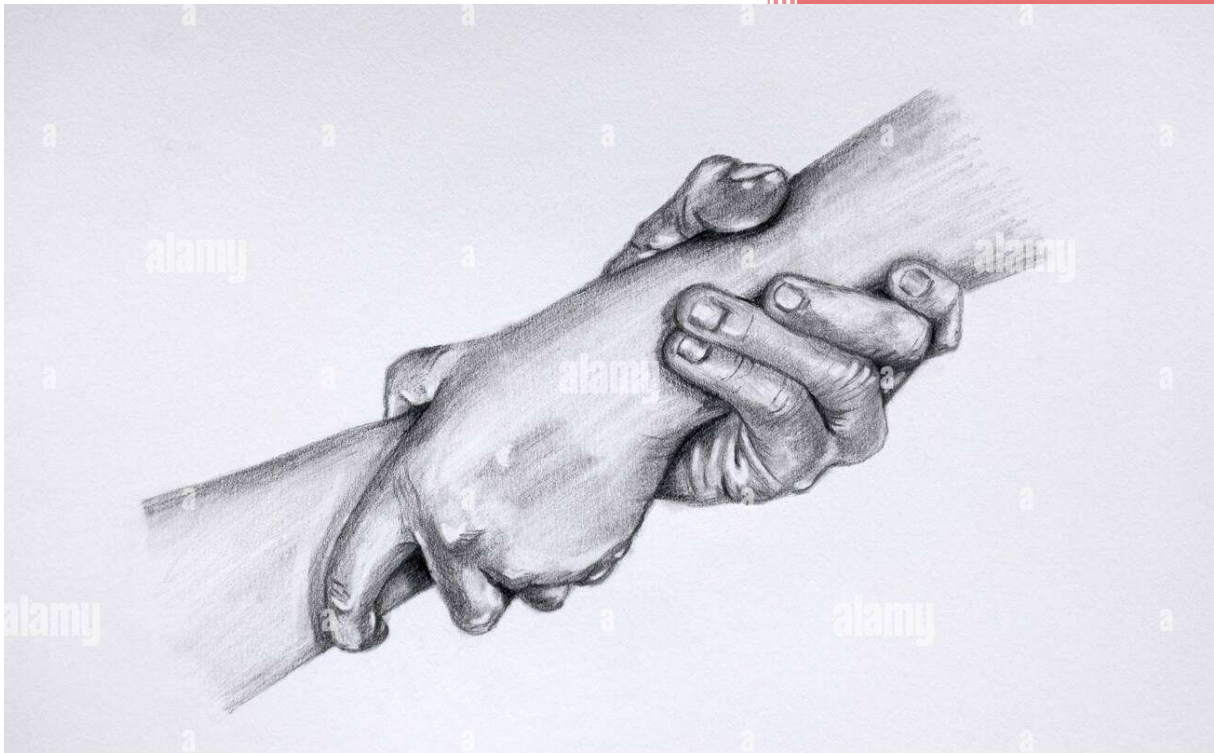


2023/2024

L'altérité, un préalable à la perception de la tension éthique



ANDRE Emmanuelle
D.I.U. Ethique en santé
2023/2024

DIPLOME INTER UNIVERSITAIRE ÉTHIQUE EN SANTE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024

L'ALTERITE, UN PREALABLE A LA PERCEPTION DE LA TENSION ETHIQUE

Jury de mémoire :

Président :

Nathalie NASR, PU-PH en Neurologie

Autres membres :

Pierre-André DELPLA, MCU – PH en Médecine Légale

Roger GIL, Professeur de Neurologie et Doyen Émérite

Jean-Pierre MARC-VERGNES, Directeur de Recherche INSERM Émérite

Soutenu le 07 juin 2024,

Par, Emmanuelle André

Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements à la professeure Nasr Nathalie et le docteur Delplas Pierre André, formateurs et référents du diplôme inter-universitaire d'éthique en santé. Ils ont su aiguïser ma curiosité et ma témérité à aborder ce vaste sujet. Ils m'ont permis d'enrichir mes connaissances et ont contribué à la pertinence de ce travail et à ma réflexion.

Je remercie également Docteur Seramy Nicolas, directeur médical du groupe Vivaltovie pour son écoute, sa disponibilité, l'aide et le soutien qu'il m'a apporté. Egalement, je remercie Me Dufond Aurélie, directrice opérationnelle du groupe Vivaltovie pour les nombreux échanges concernant le sujet de ce mémoire, et l'intérêt qu'elle y a porté. Je remercie enfin l'ensemble des membres du groupe Vivaltovie qui m'ont permis d'accéder à cette formation et qui ont mis à ma disposition les moyens nécessaires à la réalisation de cette formation et ce travail de recherche.

Je remercie particulièrement Me Arion Sophie, pour sa confiance, son soutien, sa disponibilité et l'aide qu'elle m'a apporté tout au long de cette formation et du travail d'écriture. Son aide a été précieuse, tant dans les échanges que dans la lecture et relecture de ce document.

Enfin, Je tiens à remercier ma sœur Julie, et ma fille Evane, qui m'ont aidé dans le choix de certains mots, de certains angles d'approche, par leur aide dans le travail de relecture, ma fille Lisa, pour son soutien. Ainsi que toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce mémoire. Que ce soit à travers des échanges, des conseils ou simplement par leur présence, leur contribution a été précieuse.

Ce mémoire est le fruit d'un travail collectif autant que personnel, et je suis profondément reconnaissante envers tous ceux qui m'ont accompagnée. »

Sommaire

Présentation.....	1
Introduction	3
I. Cadre théorique	5
A. De l'éthique fondamentale	5
a. Aristote et le bien	5
b. Spinoza et la liberté	5
c. Kant et la dignité.....	6
B. Et des éthiques du domaine médical.....	7
a. Hippocrate et la pratique médicale.....	7
b. Ricœur, l'amont et l'aval du royaume des normes.....	7
c. Beauchamp et Childress, les quatre piliers de l'éthique.....	8
II. L'éthique et le quotidien des soins et des soignants	9
A. Le paradigme du « Care », une invitation au questionnement éthique ?.....	9
a. Définition.....	9
b. Notions	10
c. Où se situe l'éthique ?	10
B. La place de l'altérité dans les principes de soin du <i>Care</i>	11
a. Définition.....	11
b. L'altérité et les soins.....	12
c. L'altérité rend-elle le soignant vulnérable ?.....	13
C. Du concept aux compétences.....	13
a. De la sollicitude et de l'empathie	13
b. De l'écoute et de l'acceptation inconditionnelle.....	14
c. De la singularité et de l'engagement.....	14
III. L'empreinte managériale dans le développement de l'altérité et de la culture éthique	15
A. Les leviers disponibles pour inviter l'éthique dans l'habitus soignant.....	16
a. Prendre soin des soignants.....	16
b. La pluridisciplinarité.....	16
c. Les formations	17
B. Les freins au questionnement éthique.....	18
a. La place des affects dans le soin	18

b. La normalisation de la souffrance comme une protection.....	18
c. L'omniprésence des bonnes pratiques, des guides et outils de soins.....	19
C. Le rôle des comités d'éthique et des espaces éthiques	20
a. Histoire.....	20
b. En amont	20
c. En aval	21
Conclusion	22
Bibliographie	

Présentation

Je suis actuellement infirmière coordinatrice en EHPAD, structure privée de cinquante-sept lits. J'exerce cette spécialité depuis trois ans. Auparavant j'étais infirmière dans cet EHPAD. Mon parcours professionnel m'a permis d'occuper différents postes, Agent de service hospitalier, Aide-soignante, puis infirmière depuis 2016.

J'ai suivi un cursus littéraire au lycée, puis, à l'université, j'ai étudié la psychologie et le droit. Cette approche m'a permis de travailler avec un regard autre, différent, singulier. C'est cette synthèse de ces différents points de vue qui m'a toujours amené à me questionner, à chercher à comprendre, en ayant toujours à l'esprit que les choses ne sont pas toujours ce qu'elles semblent être. Et très tôt dans cette carrière, je me suis appliquée à reconnaître l'Autre dans le soin, à le percevoir en acteur, en sujet de soin.

Au fur et à mesure de mes formations, école d'aide-soignante, école d'infirmière, certificat de compétences «Coordonnateur de parcours d'accompagnement et de soins », j'ai développé ce questionnement profond, ce point d'ancrage dans mes convictions soignantes. L'Altérité et sa place dans le soin, ou plus encore, sa nécessaire présence dans l'acte de soin pour qu'il reste un acte empreint d'humanité.

Alors, sans surprise, lorsque je me suis inscrite au DIU d'éthique en santé, la question de la place de cette notion est devenue primordiale, comment être dans un questionnement éthique, si au préalable, je ne suis pas en sollicitude, tendue vers l'autre qui est vulnérable. Avec, en point d'orgue, la question de l'accompagnement des soignants qui sont sous ma responsabilité, que je cadre, vers cette notion d'Altérité, d'empathie et d'autonomie.

Choix du sujet.

Au cours des séminaires dispensés dans le cadre du Diplôme Inter-Universitaire d'Ethique en santé, j'ai découvert l'éthique de manière plus approfondie, j'ai pu appréhender sa complexité, ses interconnexions avec les autres disciplines.

J'ai également, en répondant aux questions des équipes sur ces temps de séminaires, commencé à porter un regard différent sur les soignants, à chercher à comprendre ce qui sous-tend la question éthique, sur ce qui pousse le soignant à vouloir bien faire son travail, à rechercher à être Ethique, sur ce qui lui permet de l'être.

En effet, lors des transmissions, temps d'échanges d'informations et de questionnement, se vit le quotidien des soignants, et par transposition, celui des résidents. C'est le lieu où la pluridisciplinarité et le pluriculturalisme, ou peut-être la pluri-individualité, s'expriment.

Ainsi, émergent parfois des problématiques sans réponses claires, hors du champ des règles institutionnelles, des règles de bonnes pratiques et des habitudes du soignant. Dans cet espace de doute, on voit apparaître la question éthique, sans que parfois même, elle soit nommée.

Par expérience, la tension éthique se vit par les soignants avant d'être conscientisée. De ce fait, on voit poindre le malaise, la discorde dans une réponse singulière à apporter à une problématique de soins spécifiques. Les cas d'incurie du résident ou de refus de soins en sont les emblèmes.

Ce qui motive ma réflexion, et par là même mon questionnement est la disparité des réactions à ce qui semble naturellement « faire émerger » la tension éthique chez le soignant. En tant qu'infirmière, et coordinatrice de soins, je m'interroge sur ce qui conduit le soignant, ou non, à percevoir cette tension, à être gêné par l'inconfort ressenti par le résident du fait de la contrainte institutionnelle.

Au regard de ce constat, la question de l'accompagnement managérial se pose, ainsi : Comment accompagner les soignants dans le développement du questionnement éthique en amont de la prise en soin ?

Introduction

« L'éthique n'est pas une certitude, c'est l'expression d'un doute, c'est le courage de la nuance »¹.

Nous pourrions commencer l'approche de ce sujet si complexe avec ce résumé de quelques mots, succincts, mais au final, si proches de l'éthique du terrain médical.

Cependant, l'éthique est une notion débattue au cœur du questionnement philosophique depuis l'antiquité. Elle représente un important sujet d'interrogation pour l'homme dans sa préoccupation d'être juste, d'être bon et de bien agir, pour le bénéfice qu'il en tire pour lui-même et pour les autres.

C'est encore et toujours un important sujet d'actualité, il est à la fois universel et intemporel. Là où la morale a longtemps conduit l'Homme, on y trouve aujourd'hui l'éthique. A l'heure où la technologie révolutionne le monde médical, où des possibilités insoupçonnées il y a encore un demi-siècle s'offrent aux chercheurs et aux médecins, le questionnement éthique est encore très vivant. Il est aujourd'hui, plus qu'hier centré sur les risques que peuvent produire de telles avancées sur l'Humanité, sur notre humanité. Il est donc nécessaire de rechercher ce qui fait cette humanité, comment nous la définissons pour mieux la garantir dans la mise en pratique des soins.

Les « soins » sont également un domaine qui a très largement évolué depuis la deuxième partie du siècle dernier. Les paradigmes ont changé, bouleversés par une approche humaniste et respectueuse de l'individualité de la personne soignée, lui offrant une place « d'acteur », de sujet dans la prise en charge de sa maladie ou de ses dépendances.

S'intéresser au malade, à ce qu'il vit, comment il le vit, ce qui se joue en arrière-plan. Ecouter, toujours, deviner les non-dits, souvent, et respecter la pudeur face à des générations qui ne se livrent pas ... Chaque individu réagit différemment et chaque pathologie se gère différemment, mais faire de l'écoute et de l'accompagnement une clef du soin personnalisé nous offre la certitude de maintenir éveillé la posture éthique chez le soignant et dans l'institution qui l'encadre. De ce postulat, nous pouvons nous demander si l'altérité est indispensable au questionnement éthique ?

Pour tenter de répondre à cette interrogation, je développerai dans un premier temps le cadre théorique de l'éthique, de l'éthique fondamentale à l'éthique médicale.

Ensuite, j'aborderai la place de l'éthique dans le quotidien des soignants, en interrogeant la présence de l'éthique dans le paradigme du « Care », puis le concept d'altérité, et son acception en termes de compétences soignantes.

¹ Doyen Bringer, séminaire 5 DIU «*Ethique en santé* », 2024

Dans un troisième et dernier temps, j'évoquerai les pistes de réflexions managériales, par le biais des comités éthiques, des leviers disponibles pour l'amélioration du questionnement individuel et des freins à ce développement.

I. Cadre théorique

L'éthique est définie à la fois comme un nom commun et comme un adjectif, pour le Larousse, elle se décrit comme étant « l'ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un »². A première vue, cette notion semble simple d'accès, très proche de la définition de la morale ou même, de la moralité.

Cependant, pour bien comprendre sa complexité, nous devons faire une incursion du côté de la philosophie.

A. De l'éthique fondamentale

a. Aristote et le bien

Ainsi, Aristote, philosophe grec de l'Antiquité³, dont le père est médecin, est lui-même précepteur d'Alexandre le grand. Il s'intéresse à la fois à la nature des choses, au bien, au bonheur et à la politique, dans sa conception littérale, au sens « vie de la cité ». Il va s'intéresser également à la notion de démocratie.

Dans *Ethique à Nicomaque* il va commencer à identifier les contours de l'éthique, telle qu'on la définit aujourd'hui. Pour résumer la pensée d'Aristote, l'éthique est l'affaire d'un homme, dans le groupe, pour le bien de la communauté.

Aristote pose le principe de bienfaisance, il nous parle aussi de *Prohairesis*⁴, ce qui introduit la notion de choix délibéré entre une manière d'agir ou une autre, de manière préférentielle. Cette notion a été reprise et développée par Epictète dans le fondement du Stoïcisme, notion que l'on retrouve également chez Spinoza de manière plus développée dans le *conatus*⁵.

b. Spinoza et la liberté

Un autre penseur, Spinoza, a apporté sa pierre à la construction de la notion d'Ethique. Philosophe hollandais du XVII^{ème} siècle, il grandit dans la culture juive, reçoit une éducation religieuse complète puis s'écarte de ces dogmes en découvrant les

² Larousse, édition numérique -

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9thique/31388>

³ Nait à Stagire, en Macédoine, en 384 avant J-C

⁴ « Mot grec signifiant « choix préférentiel » ou « choix préalable », de hairesis, « choix », et pro, « de préférence » ou « avant ». » Le Larousse en ligne -

<https://www.larousse.fr/encyclopedie/philosophie/prohairesis/192070>

⁵ « Dérivé du latin conari (« entreprendre »), ce mot signifie « effort », « tendance ». »

Philosophie magazine en ligne - <https://www.philomag.com/lexique/conatus>

travaux de Galilée et de Descartes⁶. Il commence alors l'ambitieux projet d'aborder la déité⁷ de manière scientifique.

Son ouvrage *L'Ethique* ne sera d'ailleurs publié qu'à titre posthume, tant ses idées étaient à contre-courant de son époque ; cette œuvre porte de la modernité. Composée en plusieurs « livres », elle traite de Dieu, de l'Homme, et de la capacité de ce dernier à devenir libre, donc heureux, en s'affranchissant d'une partie de son déterminisme induit par son essence, engendrée elle-même par le divin.

Dans son troisième livre *La Connaissance*, il aborde plus précisément la notion d'éthique, par la possibilité qu'a l'Homme de combattre ses affects pour accéder à la liberté, puis à la vertu, et de la vertu au bonheur. Pour lui, tous les hommes sont mus par les mêmes penchants, les mêmes désirs et les mêmes passions, car « la cause d'un événement réside dans notre propre nature »⁸. Cette nature est similaire pour tous les hommes, parce qu'elle est issue de Dieu.

Selon Spinoza, seule la raison sépare les bons des mauvais penchants et en libère l'Homme. Il intègre la notion de *Conatus*⁹, c'est notre tendance à persévérer. « Le conatus désigne l'effort de toute chose, autant qu'il est en elle, à persévérer dans son être »¹⁰.

Spinoza pose l'essence du libre arbitre, de l'autonomie, « Le sage est par conséquent libre et autonome car il accompagne la nature et s'y intègre parfaitement »¹¹.

c. Kant et la dignité

Emmanuel Kant, philosophe allemand¹² du siècle des Lumières, enseigne à l'université de Königsberg la géographie et parallèlement, dans un mode de vie ascétique, élabore une œuvre philosophique gigantesque et profonde. Il s'emploiera, notamment, au cours de son œuvre, à rechercher l'universalisme de la pensée.

C'est à travers deux ouvrages, *Critique de la raison pratique*¹³ et *Fondement de La Métaphysique des mœurs*¹⁴ qu'il se questionne sur la morale, et par extension l'éthique. Kant met en lumière l'intentionnalité cachée derrière le respect des normes sociales et morales de son époque. Il cherche l'action dirigée par un effort tourné vers l'humanité et l'universalisme, ainsi « Agis uniquement d'après la maxime qui fait que tu peux vouloir en même temps qu'elle devienne une loi universelle » devient un code de conduite, une éthique. Il démontre également la valeur absolue de l'être humain

⁶ Page 142, « Le grand livre de la philosophie », éd.EYROLLES

⁷ Déité : « Divinité, personne ou chose divinisée ; caractère divin. » Larousse, édition numérique

⁸ La-Philo, l'Ethique de Spinoza-résumé

⁹ Ibid.

¹⁰ Spinoza

¹¹ Spinoza, *L'Ethique*, Livre IV

¹² Nait à Königsberg, Prusse Occidentale, en 1724

¹³ 1781

¹⁴ 1785

et de l'Humanité toute entière comme sacrée, irréductible à un moyen, en somme intouchable dans sa nature intrinsèque. Il définit le principe de dignité, et en soulevant la notion d'intentionnalité détermine l'autonomie de l'être humain à suivre la morale, ce qui en fait l'Éthique

A travers les œuvres de ces auteurs, nous voyons se profiler la différence entre la morale et l'éthique, La morale est la destination, l'éthique étant le chemin pour y accéder. L'éthique médicale étant un des chemins spécifiques qui intéresse ce sujet.

B. Et des éthiques du domaine médical

a. Hippocrate et la pratique médicale

Hippocrate, médecin grec de l'Antiquité¹⁵, considéré comme le père de la médecine, reçoit son éducation sous l'égide d'Asclépios¹⁶ – organisation religieuse consacrée à la pratique de la médecine – puis décide de voyager pour développer ses connaissances. Il élabore un système qui permet d'appréhender les Lois de la vie et du corps humain. Il cherche à théoriser la médecine de manière cohérente en recherchant une cause d'origine naturelle aux maladies, en excluant la magie¹⁷.

Il innove également en élaborant des principes de soins, constituant le Serment d'Hippocrate, serment qui sert de base à l'éthique médicale, en soulignant, le lien singulier qui unit le médecin au malade, incluant la maladie ; instaurant le Triangle Hippocratique¹⁸ qui marque le point de départ d'une médecine humaniste.

b. Ricœur, l'amont et l'aval du royaume des normes

Paul Ricœur¹⁹, professeur et philosophe français contemporain va plus loin. Il identifie l'éthique comme le tenant et l'aboutissant de la norme. L'éthique est à la fois ce qui induit la conduite à tenir, précurseur de la loi, et la possibilité appartenant à l'homme libre, autonome, d'agir selon sa conscience dans l'espace d'application qui lui est donné. Cette éthique appliquée, postérieure, différente de l'éthique fondamentale, permet le « vivre bien, avec et pour les autres, dans des institutions justes »²⁰.

¹⁵ Nait en Grèce, vers 460 avant J-C

¹⁶ P.104, Dachez, Histoire de la médecine

¹⁷ Ibid. p.122

¹⁸ P. 139, Dachez, Histoire de la médecine

¹⁹ Nait à Valence en 1913.

²⁰ P.10, Ricœur, De la morale à l'éthique et aux éthiques.

Une partie de son œuvre est consacrée à l'éthique du monde médical. Il met en avant les concepts de sollicitude et de singularité qui composent le fondement, qui semblent créateurs, de l'éthique appliquée. Il mettra également au cœur de son œuvre concernant l'éthique la notion d'intentionnalité. Elle implique la volonté de bien faire, comme un effort constant à produire, tourné vers soi-même et l'Autre. Il inaugure « l'engagement éthique sur la promesse et la parole tenue, comprises comme écho d'un don qui engage l'obligation »²¹.

c. Beauchamp et Childress, les quatre piliers de l'éthique

En 1979, Tom Beauchamp et James Childress, auteurs américains contemporains, élaborent une éthique du principisme en identifiant les quatre grands principes qui encadrent et permettent le questionnement éthique. Ces quatre piliers permettent d'identifier les conflits de valeurs qui animent le questionnement éthique. Ainsi, ils permettent de mieux discerner les valeurs qui peuvent s'opposer dans une situation à grande échelle, comme les questions de sociétés qui suscitent l'élaboration des lois dites de « bioéthiques », comme dans les situations particulières et singulières de soins.

Ils définissent quatre valeurs, principes majeurs, issus des réflexions des philosophes antérieurs qui ont questionné l'éthique, qui sont : le principe d'Autonomie, le principe de bienfaisance, de non malfaisance et enfin le principe de la justice dans la répartition des moyens²².

Le principe d'autonomie se définit comme étant le respect intrinsèque de la dignité humaine, la reconnaissance de l'Autre à être promoteur de sa vie « bonne », et à reconnaître sa capacité individuelle à la mettre en action. Elle est l'équilibre entre l'indépendance et la dépendance dans sa capacité à satisfaire ses besoins.

Les principes de bienfaisance et de non malfaisance sont issus de la conception antique du soin, Aristote et Hippocrate en posent les fondements. Rechercher la bonne manière de faire, l'accomplir, contribuer au sentiment de bien-être de l'Autre et ne rien faire qui pourrait lui nuire ou être pire que ce qui l'affecte.

Le principe de justice équivaut à mettre en œuvre les moyens dont on dispose de manière appropriée et équitable à tous les bénéficiaires de soins, peu importe leurs singularités.

L'HAS²³ s'inspire d'ailleurs de cette répartition pour rédiger un guide méthodologique du questionnement éthique, *L'évaluation des aspects éthiques à l'HAS*²⁴.

Ainsi, l'Éthique, si difficile à cerner dans ses valeurs fondamentales semble éloignée de la pratique soignante, elle semble appartenir au monde des grands penseurs et

²¹ P. 293, Du Borg, Le grand livre de la philosophie

²² EREN <https://www.espace-ethique-normandie.fr/9531/>

²³ HAS : Haute Autorité de Santé

²⁴ Publié en avril 2013

philosophes de notre culture occidentale. Pourtant, ne retrouve-t-on pas ces préoccupations dans les services de soins, au détour d'un couloir, d'une salle de pause ou lors des transmissions ?

II. L'éthique et le quotidien des soins et des soignants

L'éthique fait partie intégrante des cursus de formations médicales et paramédicales. Cette thématique est abordée, par la formation des infirmières, comme un outil à la réflexion, lors de situation difficile, notamment lorsque l'autonomie du patient s'oppose au principe de bienfaisance des soignants.

L'éthique est abordée comme un guide de réflexion, par les formateurs, mais aussi par l'HAS. A ce sujet, l'éthique est très largement associée à la notion de bienveillance. Pourtant, lorsque l'on parle d'Ethique aux soignants, lors des réunions pluridisciplinaires, lorsque l'on évoque cette tension, le terme semble, à défaut d'être inconnu, largement incompris. L'éthique apparaît souvent comme inintelligible pour les soignants, ce constat se renforce pour les structures médico-sociales qui travaillent avec des auxiliaires de vie, peu, ou pas formées. Pourtant nous retrouvons cette notion en filigrane dans la philosophie du Care.

A. Le paradigme du « Care », une invitation au questionnement éthique ?

a. Définition

Le Care, philosophie nord-américaine de la fin du XX^{ème} siècle²⁵, est une théorie du soin, du prendre soin. Elle s'applique à détailler les tenants et les aboutissants du soin en se focalisant sur la qualité de la relation soignant-soigné. Le Care donne à penser le soin différemment de son acception antérieure, le Cure²⁶. Cette philosophie sort de sa passivité, le bénéficiaire du soin, pour le rendre sujet, à la fois considéré dans sa nature humaine et acteur. Cette démarche impose donc au soignant de tenir compte de la singularité du patient, de le considérer comme un sujet et à l'impliquer dans le soin, qui tend à se résumer à la satisfaction de son besoin. La mise en pratique du Care nécessite de la part du soignant de se mettre dans une certaine disposition, dans une dynamique spécifique.

²⁵ Carol Gilligan, 1982, Etats-Unis

²⁶ Concept à l'opposé du Care, représentant une médecine paternaliste, centrée sur l'acte de soin.

b. Notions

Agata Zielinski, dans son article *L'éthique du Care*²⁷ expose de ce que Joan Tronto²⁸ a défini comme composant les dispositions nécessaires au soignant pour « prendre soin » du soigné. Dispositions à la fois innées et éduquées.

Elle nous présente l'Attention comme « La première étape du processus du Care »²⁹. Cette attention est associée à la notion de sensibilité, et bien qu'elle semble à première vue naturelle, elle serait issue d'un processus, d'une construction, d'une « résolution morale »³⁰, d'un élan vers l'Autre, vers sa vulnérabilité. Ici Tronto s'appuie à la fois sur le travail de P. Ricoeur et d'E. Levinas. L'Attention renvoie également à la notion d'empathie. L'empathie a besoin d'être mobilisée pour que l'attention soit expérimentée par le soignant.

Dans un second temps, Joan Tronto met en lumière la notion de Responsabilité. Il s'agit d'agir en conscience, avec volonté. Nous pouvons entrevoir l'imbrication ici de ce qu'Aristote prône avec la *Prohairesis* et ce que Levinas veut nous dire lorsqu'il dit que « le visage d'Autrui m'oblige ». Il ne s'agit pas d'une obligation morale, exempte de sens pour son auteur, mais bien d'un engagement à répondre au besoin d'un Autre, qui plus est, vulnérable.

Dans un troisième temps, l'autrice évoque la Compétence, qui « rend possible l'adéquation de la réponse à la demande »³¹. Cet élément permet au soignant d'affiner la réponse qu'il apporte à ce qu'il a compris de l'Autre, dans son besoin. Il s'agit d'un élément qui se construit, se peaufine, comme un artisanat. C'est à force d'essayer, de tendre vers l'autre, de se remettre en question que le soignant acquiert sa compétence dans le paradigme du Care.

Enfin, la Capacité de réponse est l'acte ultime du Care, elle est la concrétisation de l'effort constant du soignant à s'adapter à l'impermanence de la vulnérabilité du soigné, à l'impermanence de sa dépendance.

c. Où se situe l'éthique ?

Nous pouvons donc percevoir l'étendue du questionnement éthique dans cette théorie du Care, chaque pas vers l'Autre que fait le soignant nécessite qu'il s'ajuste au soigné, donc qu'il sorte d'une action cadrée, habituelle, qu'il réfléchisse, en réciprocité active à ce qu'il propose comme soin. Nous retrouvons ici la notion d'Éthique dans l'effort qui est nécessaire au soignant. Dans son action délibérée (Aristote), dans la valeur suprême qu'il accorde à la dignité de l'Autre (Kant), le soignant agit librement (Spinoza) pour faire ce qui est juste, pour maintenir l'humanité

²⁷ Zielinski, 2010, *L'éthique du Care, une nouvelle façon de prendre soin*, CAIRN

²⁸ Joan TRONTO, née en 1952, politologue américaine et professeure de sciences politiques

²⁹ P. 632, *L'éthique du Care*, CAIRN

³⁰ P.636, *ibid.*

³¹ P.638, *ibid.*

réci-proque dans son soin. Si le Care met la relation de soin au cœur des actes de soins, nous pouvons dire que le soignant s'ajuste aux relations de soins au quotidien.

Nous pouvons donc nous demander ce qui motive cet effort si grand, ce qui pousse le soignant à porter ce regard sur celui qui est en demande de soin. Si la dignité commande l'altérité ?

B. La place de l'altérité dans les principes de soin du Care

a. Définition

L'Homme interroge en permanence l'altérité, la différence de l'autre, la théorise, cherche à la comprendre.

L'altérité se définit comme « un concept d'origine philosophique signifiant « caractère de ce qui est autre » et « la reconnaissance de l'autre dans sa différence », la différence s'entendant ethnique, sociale, culturelle ou religieuse »³².

La notion d'Altérité nous invite au questionnement, qui est l'Autre, qui sont les Autres ? En quoi sont-ils semblables à moi ? En quoi sont-ils différents ? Des questions qui semblent ne pas vouloir s'arrêter en fonction de l'endroit où je positionne le curseur de la différence. Pour René Descartes, le « *Cognito ergo sum* »³³ pose le fondement d'une universalité de l'Humain, dans sa capacité à penser. Il n'y aurait donc pas de point de dissonance entre les Hommes. Emmanuel Kant va plus loin, pour lui c'est la dignité qui rassemble les Hommes et la responsabilité à laquelle elle nous engage.

Cependant, force est de constater que nous sommes tous différents, malgré ce qui nous unit. Pour le Professeur Eugène Enriquez³⁴ le concept d'Altérité renvoie au fait que « l'autre doit être vu par moi comme un sujet qui cherche la satisfaction de ses propres désirs et non comme un objet utile à la satisfaction de mes désirs »³⁵.

Ce concept permet de considérer l'autre comme notre égal tout en prenant en compte sa singularité. Nous avons le même corps, et le même esprit, cependant, nous avons tous besoin d'être traité spécifiquement. Ainsi « le respect de l'Autre passe par la reconnaissance de sa spécificité d'Humain »³⁶. La notion de singularité s'invite dans le champ de l'altérité, du point de vue du Care.

³² Marie Liendle, *Altérité*, 2012, CAIRN, mis en ligne en 2016 - <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-66.htm>

³³ « Je pense donc je suis » - René Descartes, philosophe français

³⁴ Psychosociologue français contemporain

³⁵ P.87, A. Jacquot et F. Cuevas, *L'altérité : fondement de l'Humanisme*, 2010, CAIRN

³⁶ Ibid.

b. L'altérité et les soins

Prendre soin de l'Autre, c'est d'abord le voir dans sa singularité, dans ce qu'il est différent des autres patients, résidents, dont je me m'occupe. C'est reconnaître ses atouts, ses forces, ses faiblesses, ses dépendances, ses désirs et ses besoins, dans ce qu'ils ont de remarquable, au sens littéral du terme, de ce qu'ils donnent à voir, tant est que le soignant prenne le temps de les regarder, de les observer.

C'est reconnaître que, avant d'être un patient, il est un individu avec une histoire, un vécu, qui définit le soigné qu'il est ou sera.

De ce fait, l'altérité s'exprime dans la reconnaissance de l'autonomie du soigné. Ce pilier de l'éthique défini par Beauchamp et Childress, est la base de l'intervention de l'altérité dans le champ de l'éthique. La reconnaissance de l'autonomie présuppose un intérêt porté sur l'autre, démontre le souci de l'autre pour le percevoir dans son individualité propre. Le soignant est aguerri à cette démarche, elle est au cœur des enseignements des formations paramédicales, c'est le recueil de données.

L'altérité s'immisce également dans le soin par la relation singulière soignant/soigné. Dans l'élan du soignant vers le soigné, et ce qu'il offre à voir, à percevoir, le soigné. La relation de soin, lorsqu'elle est empreinte d'altérité, permet d'établir une rencontre authentique et réciproque. Les rôles, valeurs et besoins de chaque partie sont reconnus. De ce point émerge la notion d'interdépendance dans le soin³⁷, où s'exprime la solidarité naturelle. L'un donne, l'autre reçoit, sans qu'il n'y ait de redevance personnelle. La redevabilité, la gratitude, ressentie par celui qui donne, ou celui qui reçoit, est régulée par le système. Dans les soins, il s'agit de l'institution.

Le soignant est valorisé parce qu'il lui est permis de bien faire son travail, le patient, parce qu'il a été bien soigné.

L'altérité née de l'intention³⁸ et permet de mettre du sens, elle fonde l'Humanité, dans le rapport à l'autre, en le maintenant à notre conscience par le respect de la dignité, la sienne, comme celle d'autrui.

Paul Ricoeur décrit, dans *Soi-même comme un Autre* que « l'intention éthique, [...], s'articule dans une triade où le soi, l'autre proche et l'autre lointain sont également honorés : vivre bien, avec et pour les autres, dans des institutions justes ».³⁹

³⁷ P.5, Jacquard et Cuevas, 2010, *L'altérité : fondement de l'Humanisme*, CAIRN

³⁸ Ricoeur

³⁹ P.10, Ricoeur, de la morale à l'éthique et aux éthiques

c. L'altérité rend-elle le soignant vulnérable ?

La philosophie du Care réunit l'acte technique de soigner et l'effort de se rendre disponible pour entrer en relation avec un alter ego. Cependant, elle sollicite et mobilise les sentiments moraux du soignant, le courage, le dévouement, l'indignation, l'enthousiasme⁴⁰.

Le soin semble donc le produit d'une volonté, volonté de transcender les différences et soulager le patient. Il semble également exigeant et présenter un risque pour le soignant. L'Altérité, cet effort constant pour réaliser des actes de soins dans le paradigme du Care, semble mettre à rude épreuve les affects des soignants, notamment quand l'altérité n'est plus réciproque, quand le patient vulnérable ne reconnaît pas la valeur sociale et solidaire du soignant. Nous le voyons régulièrement dans les actualités, la tension dans l'institution soignante s'intensifie et l'équilibre précaire, défini par la triade du soi, se déstabilise. Lorsque le dialogue, moteur de prise en compte de l'autre et de ses besoins, n'existe plus, l'altérité rend vulnérable le soignant, elle le conduit à l'épuisement, majore les mécanismes d'indentification et de projection. Face à la vieillesse, face à la maladie, la fragilité de l'autre met la nôtre en perspective.

La disposition innée, première, du soignant à se soucier de l'autre a besoin de la compétence en renfort, comme bouclier à ce risque de perte de soi dans la relation et le soin donné à l'Autre.

C. Du concept aux compétences

La prise en compte de l'altérité implique des dispositions particulières, mais nécessite des compétences spécifiques. C'est cet aspect du Care qui permet la professionnalisation de l'altérité, la compétence, acquise, renforce et protège le soignant. Cette compétence permet l'apparition de l'éthique et du questionnement éthique. Le questionnement éthique, pour être pertinent, pour être assorti de la triade du soi, nécessite une part de recul, une respiration dans le temps quotidien. Pour qu'apparaisse le questionnement dans une situation, il lui faut laisser la place d'exister.

a. De la sollicitude et de l'empathie

Le Care, traduit en français comme sollicitude, se fonde sur la motivation du soignant, son élan, son intérêt pour Autrui. La sollicitude est cette qualité qui permet de mettre

⁴⁰ P.4, Ricoeur, de la morale à l'éthique et aux éthiques.

le sujet de soin au centre de la problématique, déjà identifiée par Hippocrate, c'est-à-dire le médecin (ou le soignant), le malade et la maladie.

La formation professionnelle transforme la sympathie naturelle – qui nous pousse à être inquiet, à vouloir aider, rendre service, souffrir avec l'autre, de ce qu'il vit – en empathie.

La notion d'empathie est définie par Carl Rogers⁴¹ comme notre capacité à nous mettre à la place de l'Autre, à comprendre ce que ressent l'Autre, ce qu'il vit, de son point de vue, sans oublier que nous le faisons de notre propre place d'accompagnant. L'empathie se révèle être un exercice difficile, qui s'acquiert, qui se développe. Il est souvent très difficile pour les soignants, notamment ceux travaillant en établissements médico-sociaux de rester à cette place, de rester « à côté ».

Cette compétence soignante nécessite une prudence, une vigilance constante, de soi-même et de ses collaborateurs. La frontière entre sympathie et empathie est fragile.

b. De l'écoute et de l'acceptation inconditionnelle

La capacité d'écoute est également une compétence soignante qui découle de l'altérité. Cette disposition naturelle de tendre l'oreille, d'être attentif aux propos de l'Autre se professionnalise. Ainsi, dans les instituts de formation, il nous est enseigné les différents types d'écoutes, active et passive. L'apprentissage s'effectue également sur le décodage de la communication non verbale.

Cette compétence d'écoute, également développée dans l'approche de Rogers, nous permet de rester centrés sur ce que le soignant reçoit de l'autre, sans chercher à apporter de réponse. Elle permet donc le respect de l'individualité, de renforcer la véracité du vécu du soigné. Elle s'effectue dans un élan de non jugement et de tolérance. Le soignant n'appartient pas à la justice, il appartient au domaine de l'acte de soin.

Enfin, cette capacité soignante permet au patient de raconter, de se raconter. Elle donne de la place à la narration du sujet, qui lui permet de donner du sens à son histoire⁴². Cette approche de la narration subjective doit s'accompagner d'un profond respect qu'impose la dignité due à cet Autre, différent de moi.

c. De la singularité et de l'engagement

L'altérité et le Care se rejoignent encore là où se situe la reconnaissance de l'Autre comme un être singulier. Ici aussi, s'invite la compétence. La formation soignante

⁴¹ Psychologue américain, Né aux USA en 1902, c'est le fondateur de « l'approche centrée sur la personne »

⁴² Svandra, mars 2016, *Repenser l'éthique avec Paul Ricoeur, Le soin : entre responsabilité, sollicitude et justice*. CAIRN

déploie tout un arsenal de méthodes, de méthodologies pour faciliter au soignant la reconnaissance de la singularité du patient. La rencontre avec ce dernier permet d'accéder en fonction du repère choisi – 14 besoins de Virginia Anderson, Pyramide de Maslow, pour les plus connus. Ces méthodes permettent d'évaluer la satisfaction des besoins et d'élaborer un plan d'action à même de répondre à la particularité du besoin exprimé ou sous-entendu. Elles permettent également de mesurer la connaissance de soi, de sa maladie et de ses conséquences, pour le soigné.

Dès lors que le soignant a perçu le besoin, il se doit d'y répondre. Au même titre que le visage de l'autre m'oblige⁴³, le besoin de l'autre m'engage à y répondre de manière spécifique et adaptée.

La compétence du soignant s'exerce alors dans sa volonté de percevoir et de provoquer un environnement et des actions capacitantes pour le soignant, dans le cadre de la préservation de sa dignité et de son autonomie.

Cette notion d' « environnement capacitant » renvoie à la mise en place de dispositions physiques, psychiques et/ou sociales permettant à l'individu d'exprimer son potentiel d'action, ses capacités propres.

La philosophie du *Care* porte en elle les principes de l'Éthique, il s'agit même d'un accompagnement éthique de la personne vulnérable. Au-delà de promouvoir le questionnement éthique, elle est éthique dans son fondement, dans sa théorisation. Seulement, quand est-il de ceux qui l'exécutent, dans quelle mesure la place est-elle laissée à l'éthique et au *Care* d'exister. Quels sont les potentiels d'action de l'institution de soins sur notre territoire ? Institution au sens d'organisation étatique comme au sens d'établissement de santé au sens large.

III. L'empreinte managériale dans le développement de l'altérité et de la culture éthique

Le management constitue le rôle de la gouvernance de l'institution, pour les établissements médico-sociaux, il s'agit principalement du rôle qui incombe au directeur d'établissement et au cadre/coordonnateur de soins. Le management constitue la manière d'accompagner les équipes dans la « bonne » manière de faire, de repérer les besoins et de s'assurer que les moyens sont déployés en qualités et

⁴³ Lévinas

quantités suffisantes. De ce fait, ils sont également garant du déploiement de la culture éthique dans leur établissement.

A. Les leviers disponibles pour inviter l'éthique dans l'habitus soignant.

a. Prendre soin des soignants

Prendre soin des équipes est nécessaire pour leur permettre d'être dans une disposition d'attention à l'Autre. Prendre soin de l'Autre nécessite un état affectif spécifique, ou nous sommes à même de nous oublier pour nous consacrer aux besoins d'un Autre vulnérable, dépendant. Sans pour autant rester en posture de reconnaissance, ce qui fausserait le rapport de soin.

Pour que cela soit possible, Paul Ricoeur, dans « la triade du soi », indique la nécessité d'une estime de soi construite pour le soignant. En effet, si l'institution souhaite un soignant éthique et bienveillant, il doit lui permettre d'être d'abord bienveillant avec lui-même ainsi, le temps donné pour aller à la rencontre du soigné, patient, résident, ne doit pas être réduit au temps de « l'acte efficace ».

Le temps de la rencontre est difficilement mesurable, car soumis aux particularités des deux êtres qui se rencontrent, avec leurs dispositions physiques et psychiques du moment.

Si l'institution prône la philosophie du *Care*, elle doit également faire du *Caring* auprès des soignants qu'elle emploie. « Le *Care* doit offrir à l'autre les conditions d'éprouver sa dignité »⁴⁴. De ce fait, elle doit favoriser « la vie bonne »⁴⁵ du soignant pour lui permettre d'améliorer son estime de soi professionnelle, favoriser le sentiment positif du travail bien accompli. Kant parle de réceptivité esthétique au sentiment éthique. Il appartient donc à l'institution, au manager de proximité de repérer chez chacun ce canal de réceptivité et d'entretenir des rapports bienveillants et collaboratifs, hiérarchiques certes, mais empreints d'altérité.

A ce jour, des dispositifs d'amélioration de la qualité de la vie au travail « QVCT » se déploient pour tendre vers cet objectif de renforcement de l'estime de soi et permettre ainsi aux soignants de retrouver du sens dans leurs activités quotidiennes.

b. La pluridisciplinarité

Les temps de pluridisciplinarité semblent également un outil important à la fois pour l'individu et pour le groupe. Nous retrouvons ici la possibilité de faire vivre la « triade du soi ». Ainsi, chaque professionnel se voit offrir un espace où il peut exprimer et valoriser ce qu'il est, mais aussi ce qu'il voit, ce qu'il a perçu de l'Autre, le tout dans

⁴⁴ P.638, *l'éthique du Care*, CAIRN

⁴⁵ P. Ricoeur, *soi-même comme un autre*, in *repenser l'éthique avec Paul Ricoeur*. CAIRN

un temps fourni par « l'institution juste ». Et chaque professionnel peut apporter la spécificité de sa discipline, de son expérience et de son expertise. Dans ce temps, s'il est suffisamment régulier, s'exécute le questionnement éthique. Ces temps de réunion pluridisciplinaire sont alors centrés sur l'identification et la recherche de satisfaction des besoins de l'Autre, vulnérable, et de tenter de trouver à plusieurs, à défaut de la bonne décision, la meilleure décision au regard du contexte et des conditions données.

Ce temps est un temps très riche, au-delà de la possibilité d'y faire vivre la réflexion, l'éthique, il est aussi un lieu d'altérité. Chacun doit pouvoir y venir sans préjugés et sans jugement. Le sentiment hiérarchique (médical ou administratif) ne doit pas exister, ou se fondre le plus possible pour permettre une rencontre humaniste, tournée vers le bénéficiaire de soins.

c. Les formations

Les formations constituent également un puissant levier managérial. Il permet à la fois d'améliorer les compétences des soignants, mais également de les valoriser par la reconnaissance de leurs besoins. Ces temps sont des moments d'évolution personnelle et professionnelle, ce sont également des moments qui favorisent la réflexivité du soignant. Il peut être amené à se questionner sur ses pratiques, ses connaissances, ses habitudes. Au retour des formations, apparaissent souvent des tensions éthiques, le regard du soignant nouvellement formé a changé, il a fait un pas de côté et n'est plus affecté par le quotidien.

Ces temps sont également précieux parce qu'ils permettent également des rencontres hors de l'équipe habituelle.

Ainsi, même si les membres d'une équipe sont différents, ils appartiennent à cette entité indépendante que constitue l'équipe. L'équipe, malgré les différentes personnes qui la composent constitue un « entre soi » et commande à ses membres ses habits, dans la manière d'organiser le travail, de répondre aux besoins des soignés, d'avoir des temps de réflexions pluridisciplinaires.

A ce jour, dans les établissements médico-sociaux, les formations permettant de favoriser l'accès à l'éthique et à la valorisation du concept d'altérité sont principalement : l'accompagnement humaniste « l'Humanitude », l'approche « Montessori » et l'approche non médicamenteuse des troubles du comportement.

Si des éléments à la disposition de l'institution favorisent la richesse de la réflexion, et donc le questionnement éthique, il reste évident que de nombreux freins s'y opposent. Nous allons tenter de faire la lumière sur ceux que j'ai jugé les plus importants, en ayant conscience qu'il en existe beaucoup d'autres.

B. Les freins au questionnement éthique

a. La place des affects dans le soin

L'affect est une « Disposition affective élémentaire, que l'on peut décrire par l'observation du comportement, mais que l'on ne peut analyser »⁴⁶. Il s'agit donc d'un élément qui échappe au contrôle du soignant.

Le soignant peut donc vivre des émotions fortes, qui échappent aux filtres de la posture professionnelle. Ainsi, on voit apparaître, dans le quotidien du soin, des élans positifs, comme des élans négatifs. S'invite alors le jugement, la sympathie. La conscience de soi étouffe et réduit la conscience de l'Autre. La sollicitude s'amenuise.

L'affect représente alors un mécanisme de défense⁴⁷ du soignant, il revêt un caractère adaptatif, un élément de « survie » psychique face à la souffrance de l'Autre. Face à la souffrance qu'il vit, sa douleur, ses pertes, sa maladie, mais aussi la souffrance qu'il peut donner à vivre au soignant, de l'agressivité, un refus de reconnaissance, de la violence, de l'irrespect, du rejet.

Dans un système de relations « standard », celui qui reçoit de la souffrance peut choisir son action entre différentes réponses : se figer, riposter ou fuir⁴⁸. Hors, le soignant, de par le conditionnement de sa formation, ne peut pas réagir de la sorte, ses affects prennent alors d'autres directions, plus nuancées, mais dont les conséquences sont les mêmes, la sortie de la relation de soin. A ce stade, l'altérité et l'éthique s'envolent.

b. La normalisation de la souffrance comme une protection

Un autre frein à l'altérité se situe dans la normalisation du quotidien. « L'effet de normalisation se manifeste par une convergence des opinions vers une position centrale ou moyenne »⁴⁹.

Le quotidien des soignants est fait de situations inconfortables, où il n'a pas le temps de prendre soin du soigné comme il le voudrait, où il côtoie l'inefficacité de certains traitements, l'inévitabilité de la finitude, de la vieillesse et de la mort. Pour se protéger, pour ne pas être absorbé par la souffrance de l'Autre, dans un excès de sollicitude, de compassion, il s'habitue et normalise ces situations.

Hannah Arendt⁵⁰, dans la *banalité du mal*, Stanley Milgram⁵¹ avec son expérience de psychologie sociale, nous montrent comment l'être humain banalise la non bienfaisance pour se protéger d'affects trop fort, trop difficiles à gérer.

⁴⁶ Définition 1969 CNRL < <https://www.cnrtl.fr/definition/affect> >

⁴⁷ Chabrol, 2005, *Les mécanismes de défenses*, CAIRN

⁴⁸ Réponses automatiques de défenses face à un stress important

⁴⁹ Cours de psychologie, <https://cours-psycho.com/2008/03/influence-sociale-la-normalisation/>

⁵⁰ Politologue, philosophe et journaliste allemande (1906-1975)

⁵¹ Psychologue américain, 1963 – expérience sur la soumission à l'autorité

Ce système de défense ferme l'élan de l'altérité, rompt le questionnement éthique. Il sort le soignant du « soi » pour l'enfermer dans le « moi »⁵². Ce mécanisme est, à mon sens, le plus dangereux pour la relation de soin, le soigné perd son statut de sujet pour devenir un objet de soin.

Les portes de l'altérité se ferment, et les morales Aristotélicienne et Kantienne s'effacent au profit de l'utilitarisme⁵³, de l'individualisme.

c. L'omniprésence des bonnes pratiques, des guides et outils de soins

Les services de soin sont aujourd'hui soumis à des obligations de « Qualité », L'HAS déploie des certifications d'établissements avec une liste de critères attendus. La certification aujourd'hui s'appuie sur le « patient traceur », elle est en cela conforme à la philosophie du Care. Les critères évaluent l'application de la loi, notamment celle de Kouchner (2002) portant sur les droits des patients, garantissant ainsi leur liberté, leur dignité et leur autonomie.

Les services, les établissements de santé mettent alors en place des procédures, des protocoles, des affichages, pour aider les soignants à normaliser leurs pratiques et les accompagner dans la manière de faire juste, reconnue par tous, pour assurer des soins de qualité aux bénéficiaires de soins. De ce mécanisme très positif, il peut découler une forme de passivité de la part des équipes, qui soumises à tant de recommandations, finissent par appliquer sans interroger. Le soignant est alors amputé d'une partie de sa liberté, de son autonomie, il abandonne ce qu'appelle Spinoza le *conatus* qui l'habite. Il applique la norme comme un moyen et non plus comme une fin.

Il appartient à l'institution de régler ce curseur de la norme. Elle est certes nécessaire et indispensable. Si l'on prend le pilier de la « juste répartition des moyens », nous nous devons de mettre en place ces normes pour administrer les meilleurs soins possibles. Cependant, l'institution doit laisser l'espace nécessaire au soignant pour interroger la norme, pour laisser la résolution de la situation singulière rester une priorité sur l'application calquée et universalisée sur le groupe.

Les institutions disposent en interne de ressources et se voient contraintes dans leurs leviers d'actions par des élanes contraires, revers de l'implication des soignants lorsqu'ils sont rudement exposés au quotidien. Pour permettre aussi aux institutions ce temps, cet espace de recul nécessaire à la réflexion et à l'accompagnement des équipes, elles ont à leur disposition les espaces éthiques, organisés sur tout le territoire.

⁵² P.22 – repenser l'éthique avec Paul Ricoeur, 2016, CAIRN

⁵³ Bentham, philosophe anglais <<https://la-philosophie.com/lutilitarisme>>

C. Le rôle des comités d'éthique et des espaces éthiques

a. Histoire

Le comité consultatif national d'éthique (CCNE) a été créé en 1983, suite aux progrès de la technologie en médecine et à la naissance du premier bébé éprouvette⁵⁴. Son organisation est indépendante des pouvoirs politiques même si son président est nommé par le président de la République. Son rôle est d'identifier les questions éthiques liées aux domaines du champ médical. Il est destiné à rendre des avis, en collégialités, à partir de méthodes d'analyse des situations, le tout en impartialité quant aux priorités données aux valeurs qui sont en tensions.

Le CCNE est relayé au niveau régional par les centres de réflexions éthiques qui fournissent des ressources pour un déploiement de l'éthique au cœur des institutions. Ainsi, chaque établissement, à son niveau, est invité à constituer un comité éthique.

L'état, par le biais de l'HAS et des ARS⁵⁵ apporte un soutien⁵⁶, en termes de politique et de logistique à la création et au maintien de ces comités.

b. En amont

Le relais « éthique » sur le territoire, et notamment son accessibilité numérique, permet d'anticiper les questions éthiques auxquelles les soignants, les institutions sont confrontés. Les recommandations, les avis, émis servent de bases, à la production de normes de soins. Ils permettent également de gagner du temps. La réflexion éthique nécessite, du temps, du recul et un certain niveau d'expertise et d'expérience.

Ainsi, ce relais permet d'étayer la construction d'une « politique » institutionnelle bienveillante et bienfaisante à l'égard des soignants et des soignés.

Les comités peuvent également être saisis pour un avis, sur une situation critique, singulière donnée. Certaines prises de décisions sont difficiles, même lorsqu'elles ont été débattues longuement en interdisciplinarité. Nous pouvons trouver, par exemple, la question des assistants sexuels pour les personnes handicapées⁵⁷, ou encore celle du renforcement des mesures de protections des EHPAD pendant la crise de la COVID-19⁵⁸.

En amont, ce vaste déploiement, est un précieux atout. Il apporte une source de données et de réflexions indispensables à la vie quotidienne des institutions.

⁵⁴ CCNE

⁵⁵ Agence régionale de santé

⁵⁶ Exemple : Guide pour créer, structurer et consolider un comité éthique – ARS

⁵⁷ Avis rendu par le CCNE en juillet 2021

⁵⁸ Avis rendu par le CCNE en mars 2020

c. En aval

Les comités éthiques, au niveau du territoire ou des institutions, du secteur public ou privé, permettent aussi de répondre à la question éthique, par le retour d'expériences notamment. Ils offrent un espace où la réflexion peut être menée suite à des évènements des soins indésirables. Cela permet de comprendre, d'identifier les causes multiples ayant conduit à l'erreur.

Ces temps alimentent la question éthique et peuvent servir de garde-fous. Qu'ils soient saisis suite à des erreurs circonscrites à un service, à un établissement, ou à des décisions gouvernementales comme dans le cas de la gestion de la pandémie de la Covid-19. Ils permettent de rester sensible, attentif à la meilleure manière de faire, pour soi et pour les autres, dans la meilleure organisation possible.

Le rôle de cette structuration du questionnement éthique sur le territoire offre une chance précieuse pour continuer d'être vigilant et d'appliquer les quatre principes de l'éthique pour une médecine bonne et juste, pour l'Humanité.

Conclusion

L'Altérité, cette notion complexe, dans laquelle se logent la sollicitude, l'attention, le respect, la dignité, la valeur morale d'Humanité, l'acceptation inconditionnelle, semble être le socle indispensable sur lequel l'éthique, le questionnement éthique s'érige.

Dans le cadre des institutions de soins, qui accueillent le bénéficiaire de soins, où l'Autre est fragilisé, vulnérable, de manière temporaire ou permanente, des ajustements s'imposent pour maintenir l'altérité à la conscience de tous, l'encadrement, les soignants et les soignés. L'Altérité semble être le paramètre commun de tous les tenants et les aboutissants de l'Ethique. Tout part de ce concept pour y revenir. Pour que la notion d'altérité soit opérante, il lui faut des dispositions pour à la fois être consciente dans l'esprit du soignant et pour s'y maintenir présente. C'est ce qui, selon moi, fait sens aujourd'hui dans le *Care*.

Pour aller plus loin, nous pourrions affirmer que la réflexion éthique est un acte de soin. Et qu'à ce titre, pour habiter le quotidien des soins et des soignants, être nommée en tant que tel. Au même titre qu'une toilette, qu'une aide au repas, qu'une relation d'aide...

En tant qu'acte de soin, elle nécessite de la compétence, la réflexivité, du savoir-être, l'assertivité et du temps. Temps nécessaire pour aller à la rencontre de l'autre et de soi, pour tendre vers l'autre et se questionner. Ce temps est la responsabilité de l'institution et de la gouvernance, pour permettre au soignant de percevoir l'altérité dans la vulnérabilité.

Bibliographie

Livres

Mesure, S., & Savidan, P. (2006). le dictionnaire des sciences humaines. puf.

Dachez, R. (2004). Histoire de la médecine : de l'Antiquité au XXe siècle. Tallandier.

Du Bord, C. (2016). Le Grand livre de la philosophie : Histoire des idées en Occident. Eyrolles.

Articles

Zielinski, A. (2010). L'éthique du care : Une nouvelle façon de prendre soin [Cairn.info]. ETVDES, tome 413, 631-641.

<https://doi.org/10.3917/etu.4136.0631>

Delassus, E. (2023). Penser le corps malade : Spinoza et l'éthique médicale. academia.etu.

Svandra, P. (2016). Repenser l'éthique avec Paul Ricœur : Le soin : entre responsabilité, sollicitude et justice [Cairn.info]. Recherche En Soins Infirmiers, N°124(1), 19-27. <https://doi.org/10.3917/rsi.124.0019>

Morvillers, J. (2015). Le care, le caring, le cure et le soignant [Cairn.info]. Recherche En Soins Infirmiers, N° 122(3), 77-81.

<https://doi.org/10.3917/rsi.122.0077>

Jacquard, A., & Cuevas, F. (2010). L'altérité : Fondement de l'Humanisme [Cairn.info]. Humanisme et Entreprise, n° 300(5), 85-92.

<https://doi.org/10.3917/hume.300.0085>

Ricoeur, P. (2000). De la morale à l'éthique et aux éthiques. Divinatio, 11, 31-42. <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=176832>

Sites Web

Site La-Philo, l'éthique de Spinoza,

< <https://la-philosophie.com/ethique-spinoza-resume> >

Larousse, édition numérique

< <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9thique/31388> >

< <https://www.larousse.fr/encyclopedie/philosophie/prohairesis/192070> >

Philosophie magazine en ligne –

< <https://www.philomag.com/lexique/conatus> >

EREN – les quatre piliers de l'éthique

< <https://www.espace-ethique-normandie.fr/9531/> >

Marie Liendle, Altérité, 2012, CAIRN, mis en ligne en 2016 –

< <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-66.htm> >

CNRL

< <https://www.cnrtl.fr/definition/affect> >

Cours de psychologie,

< <https://cours-psycho.com/2008/03/influence-sociale-la-normalisation/> >

Bentham, philosophe anglais

<<https://la-philosophie.com/lutilitarisme>>

CCNE

<<https://www.ccne-ethique.fr/fr/qui-sommes-nous>>

ARS « Guide pour créer, structurer et consolider un comité éthique »

<https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_creeer_structurer_un_comite_ethique_version_ap_hcts_07_2018.pdf>

Avis rendu par le CCNE en juillet 2021

< <https://amicaledunid.org/wp-content/uploads/2021/10/reponse-ccne-juillet-2021.pdf>>

Avis rendu par le CCNE en mars 2020

< <https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2020-04/CCNE-%20Re%CC%81ponse%20a%CC%80%20la%20saisine%20du%2026.03.20%20Renforcement%20des%20mesures%20de%20protection%20en%20EHPAD%20et%20USLD%20%281%29.pdf>>