



Pr S. HENNEBICQ



Pr F. CHAPUIS -
Pr JF GUERIN -
Mme F. DOIRET



Pr P. VASSAL



Pr JE BAZIN

Diplôme Inter-Universitaire Ethique en Santé

« *Réflexion éthique et philosophique pour le soin, l'enseignement et la recherche en santé* »

Année Universitaire 2021 – 2022

« **Réflexion éthique et direction d'établissement de santé : Intérêts et enjeux pour un institut de soins psychiatriques pour adolescents et jeunes adultes** »

Pierre-Mathieu ARCAS

Mémoire soutenu le 8 septembre 2022

Tuteurs :

Tuteur Académique : Monsieur Frank KAMDEM- Lyon

Tuteur Professionnel : Docteur Catherine LAMOULIE- Sète

Remerciements

A mes tuteurs :

A Monsieur Frank Kamdem, pour m'avoir soutenu dans ma démarche, pour vos suggestions nombreuses, pour nos discussions passionnantes et pour vos relectures encourageantes.

Au Docteur Catherine Lamoulié, pour avoir partagé votre expérience de terrain, pour vos conseils avisés et bienveillants tout au long de la rédaction.

Aux professionnels interrogés :

Je vous remercie d'avoir accepté d'échanger sur votre conception de la réflexion éthique en toute franchise et confiance.

A l'équipe de l'espace EREARA, au corps enseignant et aux étudiants de la promotion 2021-2022 :

Je vous remercie pour ce partage de connaissances et d'expériences.

Table des matières

Introduction	page 6
Partie 1- La nécessaire mise en présence des enjeux juridiques et éthiques au sein d'un établissement de soins psychiatriques pour enfants, adolescents et jeunes adultes et leurs applications	page 8
A-Le cadre juridique des établissements de soins psychiatriques : singuliers et coercitifs.....	page 8
1- L'évolution progressive du cadre légal.....	page 8
2- Un cadre juridique contraignant.....	page 10
· L'admission	
· Le suivi en hospitalisation	
· La sortie d'hospitalisation	
B- La difficile élaboration des enjeux éthiques au sein d'un établissement de soins psychiatriques.....	page 14
1-Définition de la notion d'enjeux éthiques en établissement de santé psychiatrique : un concept évolutif.....	page 14
2-Les principaux enjeux éthiques dans la relation avec le patient.....	page 16
· Le respect de l'autonomie du patient	
· Le respect du consentement du patient	
· Le respect de l'altérité du patient	
· Le respect de la vulnérabilité	
3-Les principaux enjeux éthiques du point de vue du soignant.....	page 20
· La relation de soin	
· L'éthique de la responsabilité	
4-Les principaux enjeux éthiques du point de vue de l'institution de soins psychiatriques.....	page 27
· Le fonctionnement même de l'institution de soin comme enjeu éthique	
· L'éthique du <i>care</i>	
· L'éthique de la discussion	
Partie 2- Matériel d'étude et méthode	page 34
A-Objectif de l'étude.....	page 35
B- Méthodologie.....	page 35
· Population de l'étude	
· Élaboration de la grille d'entretien	
· Déroulement des entretiens	
· Retranscription des entretiens	
· Analyse des entretiens	
Partie 3- Résultats	page 37
A- La perception de l'éthique dans le soin : des enjeux spécifiques ?.....	page 37

· Une difficile définition de la réflexion éthique	
· Des enjeux éthiques omniprésents dans la pratique quotidienne	
B- Les modalités de réponses apportées aux tensions éthiques : être concret ?.....	page 38
· Des réponses présentes mais insatisfaisantes	
· Des attentes précises	
Partie 4- Une réflexion éthique au service de l'organisation de l'établissement.....	page 41
· Définition de la réflexion éthique	
A- La conceptualisation d'outils singuliers d'aide à la décision pour constituer une démarche réfléchie et ajustée pour les professionnels.....	page 42
1- La nécessaire mise en œuvre d'une instance éthique.....	page 42
· Conditions de création de l'instance éthique	
· Organisation de l'instance éthique	
· Missions de l'instance éthique	
2- Des soignants engagés au service de l'éthique.....	page 44
· L'infirmier en pratique avancée	
· Le soignant expert	
3- Un mode d'accompagnement actif des professionnels.....	page 47
· Une bienveillance affirmée	
· Un soutien organisationnel pertinent	
B- Une pensée collective de l'éthique pour l'ensemble de l'institution.....	page 51
1- Une conception partagée de la manière de penser le soin.....	page 51
· A l'écoute du patient	
· Un soin engagé	
2- Des références complémentaires adaptées à la réflexion éthique en psychiatrie...	page 54
· L'intervention du philosophe	
· Les apports de l'ethnopsychiatrie	
3- Vers un « développement durable » de la réflexion éthique en psychiatrie.....	page 56
· Le rôle du directeur d'établissement	
· Inscrire la réflexion éthique dans le temps	
Conclusion et perspectives.....	page 59
Bibliographie.....	page 60
Annexes.....	page 64
Grille d'entretien.....	page 64
Tableau des entretiens.....	page 65
Verbatim des Entretiens anonymisés.....	page 67

GLOSSAIRE :

CHS : Centre hospitalier spécialisé

HAS : Haute autorité de santé

SDDE : Soins à la demande du directeur d'établissement

SDRE : Soins à la demande du représentant de l'Etat

PDS : Programme de soins

CSP : Code de la Santé Publique

CC : Code Civil

CCNE : Comité consultatif national d'éthique

IDE Infirmier diplômé d'état

IPA : Infirmier de pratique avancée

ERER : Espace régional d'éthique

ETP : Education thérapeutique du patient

CME : Commission médicale d'établissement

CREX : Comité de retour d'expérience

RMM : Revue de mortalité et de morbidité

1-Introduction

Au sein du secteur de la santé, lorsque le thème de l'éthique est abordé, il fait référence aux questions suscitées au sein de la société par la bioéthique (avec par exemple la gestation pour autrui), la fin de vie (avec l'euthanasie active et le suicide assisté) ou encore la génétique (avec notamment les recherches sur l'embryon et les cellules souches).

En établissement de santé, l'éthique s'intéresse tout particulièrement aux situations de soins : ce qui est possible ou pas ; ce qui serait souhaitable ou pas. Il appartient aux soignants (médecins, infirmiers, aides-soignants, agents de service, rééducateurs...) de s'interroger et de débattre pour proposer au patient et à son entourage la solution qui semble être la plus adaptée.

La loi du 04/03/2002 rend obligatoire pour les établissements de soins de « mener une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale » (Article L. 6111-1 du Code de la Santé Publique) sans en préciser le cadre, ni la forme. Différents types d'expériences sont ainsi mises en place tenant compte notamment de l'histoire et des particularités de chaque institution. Dans le domaine de la psychiatrie, le Code de la Santé Publique précise en outre la nécessité de respecter les règles déontologiques et éthiques dans le cadre des protocoles thérapeutiques en soins psychiatriques (Article L 3211-4 du Code de la Santé Publique). Cette exigence d'éthique est difficile à appréhender.

En effet, il n'existe pas de modèle théorique unique servant d'exemple à suivre. La réflexion éthique, au sein de l'organisation de l'établissement, doit constituer un outil d'aide à l'accompagnement. Elle doit permettre, à l'issue de discussions, d'accompagner les prises de décisions, d'interroger les pratiques émanant de l'organisation de l'institution ou mises en œuvre par les soignants eux-mêmes.

De plus, l'organisation de l'établissement peut susciter de manière volontaire ou involontaire de l'incompréhension, de la violence et des désaccords de la part des soignants ou des patients, constituant ainsi un élément de la réflexion éthique. Aussi, les situations de soins peuvent générer des attentes différentes en fonction du point de vue adopté. En effet, les objectifs seront différents si on se place au niveau du patient, du soignant ou de la structure. Ces éléments représentent des conflits de valeurs entre la réalité de l'institution et le contexte de réalisation du soin tout particulièrement en psychiatrie où l'altération cognitive des patients complexifie la relation de soins. De plus, le secteur de la psychiatrie est encadré par des éléments juridiques particulièrement contraignants. Ainsi, plusieurs situations du quotidien rendent nécessaires la réflexion éthique. Garantir l'expression et l'autonomie des patients, préserver la liberté d'aller et de venir ou encore limiter le recours à la contention tout en proposant des soins adaptés font l'objet de véritables questionnements éthiques. Face à ces problématiques, mobiliser le droit, la philosophie ou encore l'anthropologie pour organiser une démarche réflexive pluridisciplinaire constitue un élément à privilégier.

Face à, d'une part, une exigence légale de réflexion éthique et d'autre part, un établissement confronté à un cadre légal restrictif et des enjeux éthiques issus de ses activités de soin, il convient de s'interroger sur les ressources à mobiliser pour organiser la démarche réflexive. Outre le fait de se conformer à la loi, il s'agit de construire une démarche porteuse de valeurs qui doit permettre d'offrir des réponses adaptées à différentes problématiques en situations de crises et donner du sens à l'ensemble de l'organisation. Dans ce contexte, le directeur, au-delà de tenir compte de sa propre éthique, doit prendre en considération l'ensemble des éléments constitutifs de la démarche.

La question ainsi posée est : « Comment, au sein d'un établissement de santé psychiatrique, élaborer une réflexion éthique, rendue obligatoire par la loi, permettant de répondre aux situations de soins complexes et créer une cohésion institutionnelle ? Le point de vue du directeur d'un

établissement de soins psychiatriques pour enfants, adolescents et jeunes adultes en phase d'ouverture ».

Répondre à cette question doit permettre au directeur d'accompagner le développement d'une démarche éthique porteuse de sens pour l'ensemble de l'organisation dans un contexte d'ouverture d'un établissement de soins psychiatriques privé destiné à soigner des patients âgés de 12 à 25 ans, disposant de 3 services (hospitalisation complète et de nuit de 50 lits, hospitalisation de jour de 20 places et un centre de consultations) pour une cinquantaine de professionnels.

Après avoir précisé le contexte juridique et défini les principaux enjeux éthiques au sein d'un établissement de santé psychiatrique (partie 1) et après avoir recueilli les attentes de professionnels en matière de réflexion éthique (parties 2 et 3), nous proposerons un modèle d'organisation d'une démarche éthique adaptée à partir des résultats relevés et de l'analyse d'expériences diverses (partie 4).

Partie 1- La nécessaire mise en présence des enjeux juridiques et éthiques au sein d'un établissement de soins psychiatrique pour enfants, adolescents et jeunes adultes et leurs applications

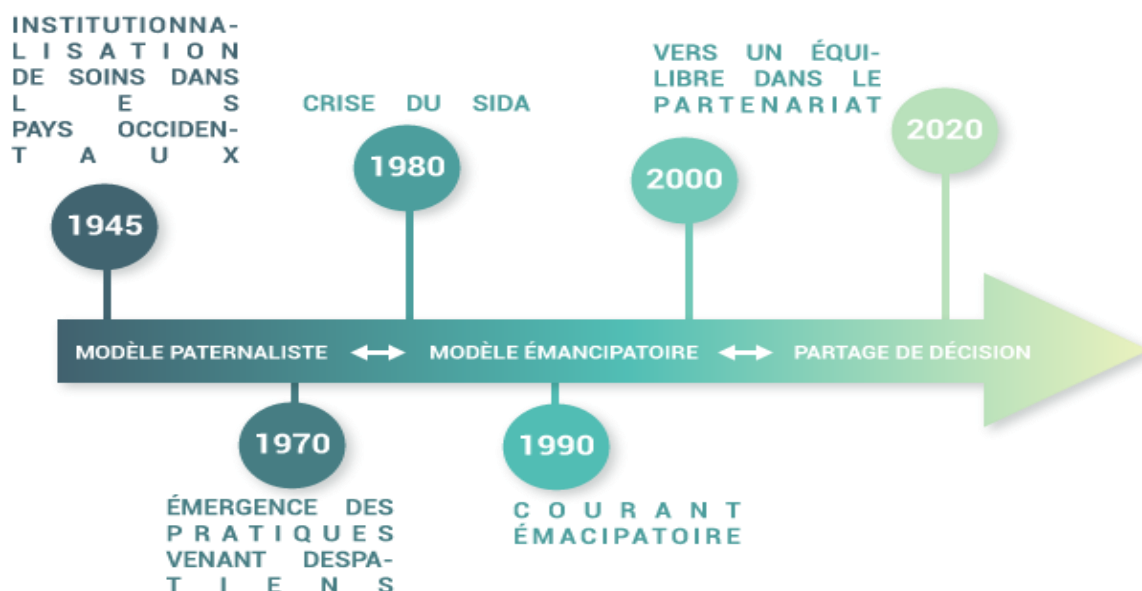
A- Le cadre juridique des établissements de soins psychiatriques : singuliers et coercitifs

1-L'évolution progressive du cadre légal

Les soins dans le secteur de la psychiatrie ont subi des transformations profondes depuis leur origine. Ces transformations ont été traduites dans la loi de différentes manières. Avant la loi du 30 juin 1838, le Code Pénal datant de 1810, avait établi une première distinction entre les troubles déments considérés comme un comportement délinquant et les troubles déments considérés comme une pathologie pouvant suspendre la responsabilité pénale d'un individu.

En 1838, la loi s'inspire des réflexions de Philippe Pinel (médecin, 1745-1826). En effet, ce dernier fut précurseur en proposant de nouvelles pratiques thérapeutiques pour le traitement des aliénés. Il crée la notion de « traitement moral » considérant que les patients peuvent bénéficier d'une thérapeutique prenant en compte leur passé et leurs difficultés. (1) A travers la loi, il est considéré que l'aliénation relève de la médecine et constitue une spécialité médicale à part entière, la psychiatrie, à même de proposer des traitements.

A partir de 1945, prenant appui sur les progrès scientifiques de la médecine et de la mise en œuvre de questionnements éthiques après les expériences menées pendant la seconde guerre mondiale, les réformes juridiques ont modifié le cadre d'organisation des établissements de santé mentale. Également, ces évolutions font suite aux situations dramatiques vécues pendant l'Occupation entre 1940 et 1945 au sein des hôpitaux psychiatriques français. On estime que 45 000 patients ont été victimes de famine durant cette période comme le relate Elise Rouard dans son documentaire « *L'hécatombe des fous* ». (2) Cette évolution peut être illustrée par le schéma suivant (3) :



(1) : Pauline Rhenter, La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement: un éclairage historique, Journal français de psychiatrie n°38, 2010/3, pages 12 à 15

(2) : Elise Rouard ,Film documentaire, L'hécatombe des fous, , 2017, Spicce

(3) : Chronologie des réformes de la psychiatrie, site <https://esperpro-mediateur.fr/evolution-des-traitements-en-sante-mentale/> consulté le 08/11/2021

Ces évolutions prennent appui sur les travaux relatifs à la prévention développés par l'OMS dans le domaine de la psychiatrie infanto-juvénile. Plus précisément, la prise en soin des patients en psychiatrie a progressivement été réformée sous l'impulsion de médecins psychiatres qui valorisaient la psychiatrie dite « alternative ». A ce titre, Franco Basaglia, psychiatre italien, déclarait en 1979 : qu'« il était avant tout nécessaire de remettre le fou dans la ville, dans la vie sociale » pour évoquer la fermeture des asiles d'aliénés après 1945. (4) En France, les psychiatres François Tosquelles, Lucien Bonnafé ou encore Jean Oury ont été les précurseurs du mouvement de « psychothérapie institutionnelle » prenant appui sur la psychopathologie psychanalytique et favorisant l'ouverture des établissements sur l'extérieur. (5)

Aujourd'hui, les services de santé mentale sont organisés en aires géographiques appelés secteurs. Cette organisation, lors de sa mise en œuvre en 1960, confirmée en 1985, a pour objectif d'une part de proposer une offre de soins homogène sur le territoire, rendre accessible les établissements et services et inscrire le patient dans un parcours de soins ouvert sur l'extérieur.

Plusieurs textes législatifs sont venus compléter ces dispositions. Ainsi, la circulaire du 15/03/1960 précisait la nécessité de mettre en place un traitement précoce, le maintien du lien de proximité avec l'entourage du patient et limiter le recours aux hospitalisations conventionnelles en proposant un suivi extrahospitalier.

La circulaire du 16/03/1972 confirme l'application de la sectorisation aux enfants et adolescents. La circulaire du 09/05/1974 s'intéresse à l'accompagnement des enfants en psychiatrie. Le suivi en ambulatoire est favorisé et la coordination avec les partenaires sociaux et éducatifs est encouragée. Le maintien de l'enfant dans la sphère familiale et en milieu scolaire constitue un axe majeur de la politique de soins.

En 1974 (circulaire du 09/03/1974) et en 1979 (circulaire du 15/06/1979), des précisions sont apportées sur le nombre de professionnels et leurs missions en soins psychiatriques ainsi que sur l'organisation du traitement des urgences en psychiatrie.

En 1985, deux lois (loi du 25/07/1985 et loi du 31/12/1985) sont venues confirmer ce cadre juridique en créant les conseils départementaux de santé mentale et les centres hospitaliers spécialisés (CHS) chargés d'organiser l'offre de soins intra et extra hospitalière. Les hospitalisations d'office et les hospitalisations volontaires se font au sein des CHS. En 1986, une nouvelle loi (loi du 14/03/1986) précise la distinction entre les soins de psychiatrie infantile (personnes âgées de moins de 16 ans, pouvant relever de plusieurs secteurs) et les soins de psychiatrie générale (personnes âgées de plus de 16 ans, relevant d'un secteur unique). Une distinction est établie entre les établissements sans ou avec hébergement. La circulaire du 16/03/1988 vient compléter les éléments relatifs à l'accompagnement des enfants et adolescents pour améliorer les conditions d'accueil (formation spécifique des professionnels, consultations externes, personnalisation de l'accueil).

La circulaire du 14/03/1990 précise les objectifs et les principes de la politique de santé mentale. En 1992 (arrêté du 23/03/1992), le diplôme d'état d'infirmier polyvalent est créé et met fin au diplôme spécifique du secteur psychiatrique.

En 2002, la loi du 4 mars relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est venue renforcer la protection des malades et favoriser l'expression de leurs droits. En 2005 (circulaire du 14/02/2005), la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est créée pour « examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes ».

En 2011, la loi du 05/07/2011 pose la notion de soins sans consentement et encadre le recours à cette pratique qui devient soumise au contrôle d'un juge. En 2015, le décret du 21/12/2015 actualise les conditions de fonctionnement des établissements de santé privé autorisés en psychiatrie.

(4) : Pierre Delion, Tosquelles et Oury, Parce que c'était eux, Chimères, n° 84, 2014, p 20 à 28

(5) : Franco Basaglia. Psychiatrie et démocratie. La maison jaune. ERES, 2007 (p 11).

Les conditions d'accueil doivent garantir la qualité des soins en lien avec la nature de l'activité de l'établissement précisée dans son autorisation. En 2017, l'instruction du 29/03/2017 vise à réduire les pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de soins psychiatriques.

Ces éléments juridiques illustrent l'évolution du secteur ainsi que son strict encadrement du fait de la sensibilité des activités de soins. A ce jour, l'offre de soins en psychiatrie est diversifiée. 80 % des adultes et 97 % des enfants sont suivis en établissements extrahospitaliers. (6)

L'encadrement juridique a été complété par la mise en place en 1999 de la certification (dénommée accréditation jusqu'en 2004) des établissements de santé. Cette démarche consiste à une évaluation du niveau de qualité et de sécurité des soins dispensés. Ce dispositif concerne les établissements publics et privés et est organisé par la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle est menée par un collège d'experts indépendants et revêt un caractère obligatoire. Renouvelée tous les 4 ans, elle conditionne le maintien de l'autorisation de l'établissement. L'objectif est de promouvoir la démarche d'amélioration continue mise en place au sein des établissements.

Cette démarche évolutive doit tenir compte des évolutions réglementaires, de l'évolution des modalités d'accompagnement et des recommandations professionnelles éditées par la HAS. La mise en œuvre d'une réflexion éthique au sein de l'établissement est notamment évaluée dans le cadre de la certification. Pour autant, l'utilisation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles reste un outil d'aide à la réflexion et ne constitue en rien une vérité absolue. Il convient de considérer ces documents comme un élément de discussion devant être adapté au contexte réel de l'établissement. La visite de certification donne lieu à la rédaction d'un rapport publié sur le site de la HAS et consultable par l'ensemble de la population. Ce rapport émet un avis sur l'organisation de la démarche qualité et le respect des normes applicables. Le rapport précise également les écarts relevés pour permettre à l'établissement d'améliorer ses performances. Enfin, dans sa conclusion, le rapport évoque les résultats obtenus pour certifier ou non l'établissement (d'une habilitation sans réserve à une absence de certification).

2- Un cadre juridique contraignant

Les soins en psychiatrie sont particulièrement encadrés par la loi. En effet, le discernement d'une personne affectée par une maladie psychiatrique est modifié en phase aiguë. Il devient alors difficile pour le patient d'exprimer ses difficultés. Il peut se mettre en danger de manière involontaire ou constituer une menace pour la société. Dans ces conditions, la loi permet de ne pas tenir compte du consentement du patient et de restreindre ses libertés et son autonomie de manière importante dans le cadre d'une hospitalisation.

- **L'admission** : la loi prévoit 3 modalités d'admission qui diffèrent selon que la personne est admise avec ou sans son consentement et si elle est mineure ou majeure.

L'admission peut se faire sur demande des titulaires de l'autorité parentale (pour les mineurs de moins de 16 ans) ou sur demande du patient majeur après avis médical (7). Pour les personnes mineures, les deux titulaires de l'autorité parentale doivent donner leurs consentements. La personne est dite en hospitalisation libre et dispose des mêmes droits que n'importe quel patient notamment pour la désignation de la personne de confiance ou le recueil de son consentement. (8)

(6) : Rapport Inspection Générale des Affaires Sociales, Organisation et fonctionnement du dispositifs de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960, 2017

(7) : Article L.3211-10 du Code la Santé Publique

(8) : Article L.3211-2 du Code de la Santé Publique

Il est à noter que ce mode d'admission constituera le mode d'admission principal de l'établissement utilisé pour comme support pour ce mémoire. Néanmoins, dans le cadre de situations particulières, il peut être envisagé d'avoir recours à des demandes de soins sous contraintes auprès des établissements autorisés. Enfin, le consentement aux soins constitue le mode de prise en charge majoritaire en psychiatrie aujourd'hui.

L'admission peut être effectuée à la demande d'un juge des enfants en application d'une ordonnance de placement provisoire après avis médical extérieur à l'établissement si le mineur est en danger (9). Pour une personne majeure, l'admission en soins psychiatriques peut être organisée à la demande d'un tiers (toute personne justifiant une relation avec le malade). Pour cela, le directeur d'établissement confirme l'admission sans consentement du patient qui doit être accompagnée de deux certificats médicaux. L'information d'admission est transmise au représentant de l'État. Il s'agit d'une hospitalisation pour soins à la demande du directeur d'établissement (SDDE). (10) Cette situation intervient lorsque le patient atteint de troubles mentaux ne peut formuler son consentement et nécessite des soins immédiats.

L'admission sur décision du représentant de l'État peut être sollicitée s'il est porté atteinte à l'ordre public de façon grave. Le directeur d'établissement transmet les certificats médicaux nécessaires au représentant de l'État pour confirmer l'admission. (11) Le patient est admis sans consentement en soins psychiatriques. La loi prévoit que les noms, prénoms et dates de naissance de ces patients fassent l'objet d'une comparaison avec les données figurant dans le fichier des signalements pour la prévention de la radicalisation à caractère terroriste. (12) Il s'agit d'une demande d'hospitalisation pour soins à la demande du représentant de l'État (SDRE). Cette situation intervient lorsque le patient atteint de troubles mentaux peut porter atteinte à la sûreté des personnes ou à l'ordre public et nécessite des soins sans avoir la capacité de formuler son consentement. La mesure est contrôlée par un juge des libertés et de la détention avant l'expiration dans un délai de 12 jours.

Le renouvellement et le suivi des hospitalisations sans consentement nécessitent la mise en place de plusieurs éléments administratifs (registre, évaluations) afin de veiller de manière permanente au bienfondé du maintien en hospitalisation. Également, une commission départementale est chargée d'examiner les situations des personnes en soins psychiatriques. Elle est informée des admissions et peut être saisie par le patient ou son représentant légal. (13) En 2018, 96 000 personnes en France ont fait l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement.

- **le suivi en hospitalisation:** la loi organise le suivi en hospitalisation pour soins psychiatriques. Ce suivi est différent selon les conditions d'hospitalisation. En effet, la loi permet de réduire les libertés et le recours au consentement du patient afin de garantir sa sécurité.

La personne dite en hospitalisation libre est accueillie en hospitalisation complète. Également, elle peut être accompagnée en séjour à temps partiel, en soins ambulatoires ou en soins à domicile. Pour ces derniers, un programme de soins validé par le patient est nécessaire. (14) À tout moment, pour les personnes en hospitalisation non complète, le médecin psychiatre peut demander au directeur d'établissement de valider un accueil en hospitalisation complète si l'état de santé le nécessite et sans nécessairement recueillir le consentement du patient. (14)

(7) :Article L.3211-10 du Code la Santé Publique

(8) :Article L.3211-2 du Code de la Santé Publique

(9) :Article 375-3 5° du Code Civil

(10) :Article L 3212-1 du Code de la Santé Publique

(11) :Article L.3213-1 du Code de la Santé Publique

(12) :Décret du 6 mai 2019 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement (JORF n°0106 du 7 mai 2019)

(13) :Article L 3222-5 du Code de la Santé Publique

(14) :Article L 3211-2-1 du Code de la Santé Publique

Pour les personnes admises en soins sans consentement, il est nécessaire de procéder à un examen somatique et d'établir deux nouveaux certificats médicaux après 24h et 72h d'hospitalisation pour confirmer celle-ci. (15) La loi précise que les restrictions de libertés dont fait l'objet le patient doivent être « adaptées, nécessaires et proportionnées ». Le patient (ou les représentants du patient pour les personnes mineures ou sous protection juridique) dispose de voies de recours pour contester les décisions prises en son encontre. L'avis (et non le consentement) du patient doit être recherché « dans la mesure du possible ». (16)

Un patient peut, au cours de son hospitalisation, être placé sous sauvegarde de justice après avis du médecin psychiatre et information du Procureur de la République si son état de santé ne lui permet pas d'exprimer sa volonté et/ou de pourvoir seule à ses intérêts. Cette mesure peut être demandée sans le consentement du patient. (17)

Pour les personnes mineures, une distinction est établie entre les soins usuels et les soins non usuels. Pour ces derniers, le consentement des deux personnes disposant de l'autorité parentale est requis alors que pour les soins usuels, le consentement d'une seule personne suffit. (18) (19) Néanmoins, en cas de refus d'un traitement, le médecin peut délivrer les soins si cela est nécessaire. (20) Enfin, pour certains actes médicaux, le mineur peut demander à bénéficier de soins dans le secret. (21)

Au cours de l'hospitalisation, le protocole thérapeutique mis en œuvre doit nécessairement respecter les règles déontologiques et éthiques. Pour autant, la loi n'apporte pas de précision sur la nature des règles éthiques. Il relève de la responsabilité de l'équipe médicale, paramédicale et la direction de l'établissement de définir les règles éthiques à partir de recommandations de bonnes pratiques pour structurer le protocole thérapeutique. (22) Depuis la loi du 05/07/2011, pour les personnes admises en soins sans consentement, un programme de soins (PDS) individualisé peut être mis en place et constitue une alternative à une hospitalisation complète. Celui-ci ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période d'hospitalisation complète sans consentement. Ce programme consiste, sous certaines conditions, à proposer au patient de bénéficier d'un accompagnement hors établissement. (22)

Les patients peuvent bénéficier, sous conditions, de sorties de courte durée (12h ou 48h), accompagnées ou non, pour permettre de préparer la sortie définitive. Ces sorties sont validées par le directeur d'établissement après avis d'une commission interne composée de deux médecins psychiatres et d'un soignant. (23)

- **La sortie d'hospitalisation** : une distinction est établie si le patient est admis avec ou sans son consentement.

Le patient admis avec son consentement peut quitter l'établissement à tout moment après avis médical. Pour les personnes mineures, les représentants de l'autorité parentale sont sollicités. (24)

Pour les patients admis sans consentement, la levée de la mesure de soins fait suite à la proposition du psychiatre référent auprès du directeur d'établissement ou du représentant de l'État selon le mode initial d'admission. En fonction des conditions de la mise en œuvre de la mesure de soins, le juge des libertés peut être saisi et est informé de la levée de la décision.

L'analyse des règles juridiques applicables aux soins psychiatriques met en évidence un paradoxe.

(15) : Article L 3211-2-2 du Code de la Santé Publique

(16) : Article L 3211-3 du Code de la Santé Publique

(17) : Article L 3211-6 du Code de la Santé Publique

(18) : Article 373-2-1 du Code Civil

(19) : Article 372-2 du Code Civil

(20) : Article L 1111-4 du Code de la Santé Publique

(21) : Article L 1111-5 du Code de la Santé Publique

(22) : Article L 3211-4 du Code de la Santé Publique

(23) : Article L 3211-11-1 du Code de la Santé Publique

(24) : Article L 3211-10 du Code de la Santé Publique

D'une part, il apparaît un encadrement précis et contraignant des soins (notamment les soins sans consentement) afin de protéger le patient de prises en charge abusives. Il s'agit de limiter le recours à ce type de soins aux seules situations nécessaires. Ainsi, se pose la question de la limitation de l'autonomie du soignant dans la mise en œuvre du projet de soin qui doit veiller à respecter la loi qui fait écho à des situations vagues.

D'autre part, au titre de la vulnérabilité du patient et pour garantir sa sécurité et celle de la société, la loi permet de limiter voire d'interdire plusieurs prérogatives habituellement acquises aux patients en autorisant de nombreuses contraintes. En effet, les patients peuvent, lors de soins psychiatriques sans consentement, ne pas disposer de leur liberté, leur autonomie n'est pas respectée et le consentement aux soins n'est pas requis. Ces restrictions peuvent aller jusqu'à la mise en place d'une mesure de sauvegarde de justice.

Pour éviter le risque de dérive, le législateur a prévu plusieurs éléments. En premier lieu, une intervention du juge de la liberté et de la détention est nécessaire dans certaines situations garantissant ainsi le respect de la procédure et des droits du patient. Par ailleurs, plusieurs droits sont garantis au patient (saisie d'une commission, prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat, émettre ou recevoir du courrier, se livrer à une activité philosophique ou religieuse...). (25)

Également, une recherche de l'avis du patient doit être menée et une information sur les soins doit lui être faite. Enfin, le législateur fait mention du nécessaire respect de règles éthiques dans le projet de soins sans en préciser le contenu laissant ces éléments à la libre appréciation des soignants et de l'établissement. Le non-respect de ces règles expose le directeur d'établissement et les médecins chargés du suivi des patients à des conséquences juridiques.

Pour autant, des résultats d'enquêtes menées auprès d'établissements de santé mentale, notamment dans le cadre des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement et intégrées à un PDS, font apparaître des différences notoires dans les pratiques professionnelles et notamment dans l'application des règles de droit. (26)

L'origine de ces différentes perceptions émane du fait que les soins psychiatriques font appel à plusieurs domaines :

- patient (entourage, représentants légaux)
- médical (médecins de l'établissement, hors établissement, équipe de soins)
- administratif (directeur d'établissement, représentant de l'État, maire)
- judiciaire (juge des enfants, juge de la liberté et de la détention)

Il apparaît donc que les logiques juridiques, administratives et médicales peuvent être en contradiction et sources d'incompréhension. Cet affrontement est illustré par le film documentaire « *12 jours* » de Raymond Depardon dans lequel sont filmés des entretiens entre un juge de la liberté et de la détention et des patients en soins psychiatriques sans consentement. La différence entre l'approche médicale et l'approche judiciaire est ainsi mise en évidence. (27)

Plus précisément, dans ce contexte, au regard de l'application des règles de droit, des dilemmes éthiques peuvent émaner des situations de soins.

Ces dilemmes éthiques peuvent émaner de l'application d'une règle posant problème en raison d'un contexte spécifique. Pour illustrer cette tension, il peut être utilisé l'exemple de la demande de sortie de courte durée. Celle-ci est sollicitée par le médecin ou le patient en cours d'hospitalisation complète. Elle est autorisée par une commission interne composée d'un soignant connaissant le patient, du médecin chargé de son suivi et d'un autre médecin. A l'issue de cette commission, un avis est émis et le directeur d'établissement valide la demande.

(25) : Article L 3211-3 du Code de la Santé Publique

(26) : HAS -Guide Programme de soins psychiatriques sans consentement- 25/03/2021

(27) : Raymond Depardon, *12 jours*, Film documentaire, 2017

Ainsi, la sortie peut être envisagée médicalement mais refusée pour des raisons administratives (absence de personnel, horaires non adaptés au fonctionnement de l'établissement...). De même, dans un autre cas de figure, la sortie peut être refusée médicalement alors que le patient souhaite en bénéficier.

Dans ces conditions, différentes approches s'opposent et peuvent être à l'origine de difficultés.

Au-delà des contraintes imposées par le législateur, par ses missions et la spécificité de l'accompagnement, le secteur de la psychiatrie est confronté à des enjeux éthiques qui diffèrent selon que l'on se place du côté du patient, du soignant ou de l'institution. Ces enjeux viennent s'ajouter aux éléments réglementaires dans le cadre des réflexions sur les situations de soins.

B- La difficile élaboration des enjeux éthiques au sein d'un établissement de soins psychiatriques

1-Définition de la notion d'enjeux éthiques en établissement de santé psychiatrique : un concept évolutif

Le terme « éthique » est un dérivé du grec « éthos » qui signifie mœurs, coutume, habitude. (31). L'éthique est désignée traditionnellement comme « science de la morale et des mœurs » et constitue une discipline philosophique. L'éthique se distingue de la morale. La morale fait généralement référence à une norme, à des références établies alors que l'éthique est un questionnement permanent. Dans « L'éthique médicale et la bioéthique », Didier Sicard cite Claude Huriet, médecin, qui précise que « la morale, c'est la réponse avant la question et l'éthique un questionnement sans réponse ». (32) André Compte-Sponville complète cette différenciation en considérant que l'ordre moral fait référence au devoir alors que l'ordre éthique prend appui sur les sentiments. (33) On considère alors qu'il existe une sensibilité éthique par opposition à une règle morale.

La notion d'éthique est différente de la notion de déontologie qui concerne particulièrement le secteur de la santé. La déontologie provient du grec « déontos » qui veut dire devoir. Comme l'évoque Didier Sicard, la déontologie correspond aux « règles auxquelles le praticien doit se conformer » et « l'éthique [...] ne peut pas se soumettre à des règles ». (32)

En ce sens, la vision proposée par Emmanuel Kant est particulièrement intéressante. Ainsi, dans *Fondements de la métaphysique des mœurs* (1785), il évoque que le fondement de l'action morale se situe dans sa forme. Il considère que l'action est menée par devoir. L'action morale émane d'une loi morale qui prend la forme d'un devoir qui s'applique à tous. Il évoque en cela « l'impératif catégorique » qu'il estime nécessaire. On retrouve cette notion de devoir dans la déontologie, qui pour Emmanuel Kant, concerne ce que nous sommes tenus de faire et les actions à accomplir. Il s'agit de tenir compte de ces éléments pour élaborer la réflexion éthique. Considérer le patient comme une fin interroge la posture vertueuse du soignant en prenant appui sur des actions morales qui peuvent aider à structurer la réflexion. Ces actions sont complétées par des valeurs ou principes partagés. On évoquera la notion d'enjeu éthique lorsqu'une de ces valeurs ou principes est en question dans une situation donnée. Dans le cadre d'un établissement de santé, l'éthique vient interroger l'ensemble de l'organisation tant au niveau institutionnel que dans le cadre des situations de soins.

Dans ce contexte, on évoque la notion d'éthique clinique pour parler de la relation au malade.

(31) : Hervé Boillot, Petit Larousse de la Philosophie, 2007

(32) : Didier Sicard, L'éthique médicale et la bio éthique, Que Sais Je ?, 2021

(33) : André Compte-Sponville Le capital est-il-moral ?, ed Albin Michel, 2004

Cette notion a été créée par un médecin américain, Mark Siegler, dans le cadre d'attribution équitable d'équipements de santé dans les années 1970.

Les principes utilisés dans les réflexions d'éthique clinique trouvent leur origine dans la bioéthique de la recherche fondée aux Etats-Unis. En 1979, Tom Beauchamp et James Childress, dans le cadre de débats engagés sur l'éthique des essais cliniques, ont formulé 4 grands principes : le principe d'autonomie, le principe de non-malfaisance, le principe de bienfaisance et le principe de justice. (34) Ces principes guident le raisonnement éthique dans les relations de soin et situations individuelles.

Le principe d'autonomie évoque le respect de l'autonomie du patient dans l'acte de soin. Le principe de non-malfaisance fait référence au serment d'Hippocrate (au minimum ne pas nuire-*primum, non nocere*). Le principe de bienfaisance consiste à améliorer la santé du patient. Enfin, le principe de justice rappelle le fait de traiter de manière égale des cas semblables et répartir équitablement les ressources disponibles.

Ces principes ont été complétés par d'autres notions issues du droit ou de la philosophie. On peut évoquer la notion de liberté, de consentement, de dignité ou encore de respect. Plus largement, la réflexion porte sur le respect de ces principes pour le patient mais également pour le professionnel réalisant le soin et pour l'institution dans son ensemble.

Le concept de soin revêt plusieurs dimensions. Ainsi, Frédéric Worms, dans son essai, *Le moment du soin*, définit le soin comme « toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même ». (35) Cette définition met en avant l'objectif du soin (doit permettre de soulager ou de traiter une souffrance pour apporter un mieux-être) et précise qu'il s'agit d'une action pour quelqu'un. Cela signifie que le soin réunit plusieurs individus (à minima un patient et un soignant) et s'inscrit dans une dynamique singulière. On peut compléter cette définition en expliquant que le soin s'inscrit dans un espace et une temporalité qui peuvent être perçus différemment selon l'approche retenue. Pour un même soin, en fonction du contexte et du vécu, le patient et le soignant ne vont pas avoir les mêmes attentes ni la même perception. Ces éléments font écho à la notion de subjectivité propre à chacun et constituent, lorsqu'ils se confrontent, un dilemme éthique. C'est alors que l'on qualifie le soin « d'activité sociale comportant une pluralité de valeurs et d'objectifs ». (36)

Le développement des maladies chroniques modifie le rapport au soin. Lorsqu'une personne est atteinte d'une maladie chronique, l'objectif du soin n'est plus la guérison mais de limiter les conséquences de la maladie par des actions de prévention ou thérapeutiques. Cynthia Fleury, dans *Le soin est un humanisme*, considère qu'être atteint d'une maladie chronique « signifie désormais plus souvent vivre avec un mal qu'y succomber directement, voire vivre mal avec un mal qui vit ». (37) On parle alors de deuil de la guérison. Dans ce contexte, les différents enjeux inhérents aux soins ont pour conséquence de soulever de nouvelles problématiques éthiques pour le patient et le soignant.

L'Organisation Mondiale de la Santé précise que les troubles mentaux sont caractérisés par un fonctionnement anormal de la pensée, un vécu des émotions difficiles ayant pour conséquence d'altérer le comportement et les relations avec l'entourage. En France, on distingue les troubles mentaux (relevant du champ du handicap) et les troubles psychiques. Ainsi, on distingue parmi les principales pathologies les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité, les troubles psychotiques pour lesquels la réalité interne du patient se confond avec son environnement. Le malade subit une confusion entre la réalité objective et sa subjectivité.

(34) : Tom Beauchamp et James Childress, *Les Principes de l'éthique biomédicale*, ed Les Belles Lettres, 2008

(35) : Frédéric Worms, *Le moment du soin*, ed PUF, 2021

(36) : Frédéric Worms et al, *La philosophie du soin* ed PUF, 2010

(37) : Cynthia Fleury, *Le soin est un humanisme*, ed Tracts Gallimard, 2019

Dans ces conditions, pour le malade, le délire acquiert le statut de vérité.

Par ailleurs, le patient peut être dans l'incapacité de gérer ses affects et être désinhibé dans sa relation aux autres, y compris avec le soignant. De plus, le patient peut être dans l'incapacité d'exprimer son ressenti et ses troubles de manière objective. Par ailleurs, certaines pathologies sont associées à des comorbidités comme les addictions ou d'autres maladies somatiques à cause d'un défaut de suivi médical du à un accès aux soins rendu difficile du fait de la stigmatisation ou de l'isolement. Dans ces conditions, les enjeux éthiques que l'on retrouve dans différentes pathologies doivent être mobilisés en tenant compte de ces particularités.

La mise en confrontation, au sein des établissements de santé, des différents principes éthiques dans le cadre des situations de soins, fait apparaître plusieurs types d'enjeux. Ces derniers peuvent être complémentaires ou contradictoires en fonction du point de vue adopté. Certains enjeux se retrouvent dans la plupart des relations de soins et d'autres sont spécifiques au secteur de la psychiatrie et plus particulièrement liés à l'âge des patients.

2-Les principaux enjeux éthiques dans la relation avec le patient

Pour déterminer précisément les enjeux éthiques dans la relation au patient, il faut au préalable s'intéresser à l'individu. Dans « *Le philosophe, le patient et le soignant* », Robert Misrahi précise que « le malade n'est pas un simple organisme en dysfonctionnement ». (38) En effet, le patient est un sujet doté de droits mais également de valeurs. Au cours d'une maladie, la souffrance peut modifier l'expression de ces éléments. En psychiatrie, la conscience de soi peut être altérée à cause des troubles liés à la maladie. Ainsi, la situation de soin devient un moment singulier au cours duquel il est important de s'interroger sur l'individualité de la personne soignée. L'approche éthique du soin trouve en cela sa justification et doit nécessairement tenir compte de ces enjeux pour cibler ses objectifs.

Pour matérialiser les enjeux éthiques du point de vue du patient, Frédéric Worms prend appui sur trois caractéristiques que l'on retrouve généralement dans l'ensemble des situations de soins. Il évoque la « dépendance (de la personne soignée) due à sa pathologie, [...] son exigence issue de sa subjectivité, et, enfin son autonomie ». (35)

En s'intéressant aux situations de soins dans un établissement psychiatrique, on peut, à partir de cet exemple, préciser les enjeux éthiques concernant le patient illustrés par des exemples de tensions éthiques vécues au cours d'expérience personnelle.

· **Le respect de l'autonomie du patient**

Au sens littéral, une personne autonome établit elle-même les règles de son action. Cela signifie que l'individu est capable de prendre des décisions pour mener à bien son existence. Pour autant, dans une situation de soin, particulièrement en psychiatrie, cette capacité peut être limitée.

Guillaume Durand, dans son essai, *Un philosophe à l'hôpital*, distingue deux dimensions dans la notion d'autonomie. D'une part, il évoque la nécessaire compréhension de la situation, de ces enjeux et de ces conséquences de la part du patient. En effet, il est essentiel que le patient soit en capacité d'être en interaction avec son environnement, puisse acquérir les connaissances nécessaires et soit à même de raisonner afin d'être pleinement autonome dans ses prises de décisions relatives aux soins. D'autre part, il met en avant la notion de liberté. Pour cela, la décision doit être prise en l'absence de toute contrainte. Il fait la distinction entre une contrainte d'ordre externe (injonction de l'entourage ou du soignant par exemple) ou d'ordre interne (altération du discernement due à la douleur ou à une maladie). (39)

Le respect des choix du patient constitue un élément essentiel dans l'accompagnement.

(35) : Frédéric Worms, *Le moment du soin* ed PUF, 2021

(38) : Robert Misrahi, *Le philosophe, le patient et le soignant*, ed Les empêcheurs de penser en rond, p 11, 2006

(39) : Guillaume Durand, *Un philosophe à l'hôpital*, ed Flammarion, 2021

Pour autant, il existe de nombreuses situations dans lesquelles le libre-arbitre de la personne peut ne pas s'exercer ou s'exercer que partiellement. Dans le secteur de la psychiatrie, plusieurs pathologies ont pour caractéristiques d'altérer la compréhension. Dans ces conditions, se pose la question d'aider au mieux le patient avec le risque pour le soignant de l'influencer de manière volontaire ou involontaire. Le respect de l'autonomie se heurte alors au principe de bienfaisance. Enfin, le respect de l'autonomie revêt une autre dimension lorsque le patient est mineur. En théorie, selon la loi, la prise de décision appartient aux personnes détentrices de l'autorité parentale. Néanmoins, il est préconisé de solliciter l'enfant pour l'accompagner dans le processus de soin. En cas de désaccord, se pose la question de savoir si on respecte la loi ou si on privilégie l'avis du patient. Pour illustrer le respect de l'autonomie du patient, on peut évoquer une situation de refus de prise de traitement. Il s'agit d'une femme adulte, en situation de handicap mental, accueillie dans un centre d'hébergement. Un éducateur a constaté que cette résidente dissimulait les traitements lors de l'administration avant de les mettre à la poubelle. Ainsi, il a été nécessaire de comprendre pourquoi elle agissait ainsi. Il s'avère que la résidente ne supportait pas les effets secondaires de son traitement. Comment respecter sa décision ? Comment respecter le principe de bienfaisance et de non-malfaisance pour l'équipe ?

· **Le respect du consentement du patient**

Mettre en avant le respect de l'autonomie du patient fait écho au principe du respect de son consentement aux soins. Le principe du consentement a été garanti par la jurisprudence et les codes de déontologie avant son intégration dans le Code de la Santé Publique par la loi 2002-203 du 4 mars 2002. En 1998, le comité consultatif national d'éthique (CCNE), dans son avis 58, évoquait « le passage d'une ambiance de paternalisme éclairé [...] à une ambiance plus contractuelle » pour aborder la question du consentement et la relation patient-médecin. (40)

L'article L 1111-4 du Code de la Santé Publique rend obligatoire le consentement « libre et éclairé » de la personne dans le cadre d'un acte médical ou de la mise en œuvre d'un traitement. Ce consentement peut être retiré à tout moment. Pour un patient, le droit de consentir ou de refuser un soin s'impose et place sa parole au centre de la relation de soins. Cela signifie que le patient a reçu et compris l'ensemble des informations nécessaires sur la nature, l'organisation et les conséquences (positives ou négatives) de l'acte de soins.

Le soignant, malgré un objectif de bienfaisance, n'est pas en mesure, juridiquement, d'imposer un soin même si il estime que celui-ci est nécessaire.

Néanmoins, la volonté du patient trouve sa limite dans la liberté thérapeutique du médecin et si l'acte qu'il demande n'est pas autorisé par la loi.

Si la personne n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté, la personne de confiance ou un membre de l'entourage, en dehors des situations d'urgence, doit être consultée. Si l'acte de soin est une limitation ou un arrêt des traitements susceptible d'entraîner la mort, une procédure collégiale doit être organisée après consultation des directives anticipées.

Pour les personnes mineures ou bénéficiant d'une mesure de protection avec représentation, le patient est consulté s'il est apte à exprimer sa volonté. Le médecin peut néanmoins prodiguer les soins si cela s'avère indispensable malgré le refus des personnes détentrices de l'autorité parentale ou du tuteur. (20) Face à la maladie mentale, la notion juridique de « consentement libre et éclairé » peut faire naître un dilemme éthique. En phase de crise, la capacité pour le patient, d'exprimer clairement sa volonté et de comprendre les objectifs de l'acte de soins peut être altérée. Si le patient n'a pas la capacité d'exprimer sa volonté, le soignant doit s'attacher à rechercher des solutions permettant d'aider le patient à comprendre de façon adaptée la teneur du soin. (41) On peut rappeler que le législateur, pour le secteur de la psychiatrie a prévu de contourner cet impératif de recherche du consentement dans des situations d'urgence (voir partie A-2).

(20) : Article L 1111-4 du Code de la Santé Publique

(40) : CCNE, Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche, , avis 58, 12 juin 1998

(41) : Eric Péchollon et Stéphanie Renard, Un patient peut-il refuser un traitement médicamenteux?, revue Santé Mentale, février 2018, p 69-71

Le médecin doit impérativement informer le patient des conséquences de ses choix et ce dernier doit réitérer son refus si celui-ci peut lui porter gravement préjudice. Or, en psychiatrie, l'expression du refus de soins et de ses motivations peut être perturbée par la pathologie mentale. Ce refus de soins peut se manifester par une non-adhésion claire au dispositif de soin mais également par une mauvaise observance des traitements qui peut engendrer une majoration des troubles.

De plus, afin de donner du sens à la notion de consentement, il est important que le patient ait intégré l'idée même de la maladie et le besoin de soins. Le patient doit être accompagné dans sa réflexion pour comprendre sa maladie, comprendre les enjeux thérapeutiques et apprendre à vivre avec. Ainsi, il apparaît, comme précisé par Didier Sicard, que « le véritable consentement est une information suffisamment élaborée pour que le refus soit aussi fort que l'acceptation : un choix plutôt qu'un consentement ». (42)

Pour évoquer le respect du consentement libre et éclairé, on pense au cas d'un enfant en situation de handicap pour lequel sa mère est sollicitée pour donner son consentement pour permettre l'accueil de son fils en établissement médicalisé. La situation se déroule en Guyane. La mère ne parle pas français et est hospitalisée dans le cadre d'une grossesse pathologique. Son fils aîné étant en danger seul au domicile, il s'agit d'expliquer à la mère les enjeux de l'accueil en établissement pour son fils afin qu'elle donne son consentement. Comment s'assurer que celui-ci est libre et éclairé ? Comment permettre la transmission d'une information claire et loyale dans ce contexte ?

· Le respect de l'altérité du patient

Dans son livre, « *L'interculturalité dans le quotidien professionnel* », le médecin Stéphane Tessier évoque « l'étrangeté de l'usager qui présente son désordre » pour définir la spécificité de la relation entre le patient et le soignant dans un contexte de maladie. Il évoque pour cela les « situations d'altérité ». (43) Il s'agit de tenir compte de la dimension humaine qui caractérise le patient dans son ensemble et de ne pas considérer le soin comme un simple acte technique. Ainsi, se pose la question du respect de la singularité du patient, de sa liberté, de sa dignité et de sa vulnérabilité.

Reconnaître la singularité du patient, c'est considérer, comme l'affirme Robert Misrahi, qu'il est « à la fois un existant et un sujet ». (44) Cela signifie que l'accompagnement du patient doit être individuel et tenir compte de sa situation sociale, matérielle et spirituelle. En psychiatrie, le contexte de vie peut avoir un effet important sur les manifestations des troubles liés à la pathologie. Pour les personnes mineures, s'intéresser à la fragilité des parents peut aider à mieux prendre en soin le patient dans sa globalité. Ainsi, le respect de la singularité du patient est « la reconnaissance de l'autre comme sujet, c'est à dire sujet de désir et de réflexion ». (44)

Le respect de la liberté du patient en tant que sujet doit demeurer. La liberté constitue en France un principe essentiel repris dans la devise nationale et consiste à pouvoir « faire tout ce qui ne nuit pas à autrui ». (45) Dans le cadre d'une situation de soins, la liberté du patient peut être entravée et particulièrement en psychiatrie. D'ailleurs, Henri Ey, médecin psychiatre, considérait la psychiatrie comme « le champ de la pathologie de la liberté ».

L'exemple le plus significatif est la pose d'une contention pour un patient hospitalisé sans consentement qui remet en cause la liberté d'aller et de venir pour le patient. L'article L 3222-5 du Code de la Santé Publique encadre strictement la pratique de la contention qui « doit prévenir [d'] un dommage immédiat et imminent pour le patient ou pour autrui ». (46) Elle constitue une mesure d'exception, limitée dans le temps et relève de la décision d'un psychiatre. Selon la recommandation de la HAS, elle nécessite une surveillance particulière et doit être expliquée au patient *à priori et à posteriori*. (47)

(42) : Didier Sicard, *L'éthique médicale et la bio éthique*, Que Sais-je ?, 2021, p75

(43) : Stéphane Tessier, *L'interculturalité dans le quotidien professionnel*, ed Le Harmattan, 2019,

(44) : Robert Misrahi, *Le philosophe, le patient et le soignant*, ed Les empêcheurs de penser en rond, 2006, p 117

(45) : Article 4 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789

(46) : Article 3222-5-1 du Code de la Santé Publique

(47) : HAS, *Recommandation de bonne pratique Contention mécanique en psychiatrie générale*, février 2017

Pour autant, d'autres situations constituent des privations de liberté en établissement de soins à commencer par la fermeture des services, la limitation de circulation dans l'espace de soin, la limitation des visites ou encore la limitation des communications. Ces mesures sont prises dans l'intérêt du patient. Des discussions et des échanges sur leurs opportunités doivent être organisés. (48) Cependant, il est essentiel de ne pas privilégier l'aspect utilitaire de ces mesures au détriment du respect de la liberté du patient.

Le respect de la dignité du patient est associé au débat sur la fin de vie. Pour autant, on la retrouve plus globalement dans tous les contextes de soin. Aujourd'hui, on considère qu'elle concerne tout être humain et est une composante de l'essence humaine. Elle est définie comme le respect que mérite une personne humaine et le respect dû à soi-même. (49) Cette notion renvoie à l'idée, pour Paul Ricoeur que « quelque chose est dû à l'être humain du fait qu'il est humain ». (50) La dignité du patient dépend de son propre regard sur lui-même mais aussi du regard des autres et notamment celui des soignants. Dans le cadre d'une situation de soin, il y a une inégalité entre le soignant debout et le patient couché. Cette inégalité est d'autant plus marquée en psychiatrie à cause des troubles liés aux pathologies. Elle peut être exacerbée par une objectivation médicale de la situation ayant pour conséquence une mise à distance. Le patient est perçu à travers le prisme de sa maladie. A ce sujet, l'anthropologue Sylvie Fainzang évoque « l'expérience subjective de la maladie ». Plus précisément, elle constate un décalage entre les attentes des patients et celles des soignants. Elle évoque pour cela « la raison sociale du patient » opposée à « la raison sanitaire » du soignant. (51) Le soignant doit rester à l'écoute et attentif aux besoins du patient pris dans sa globalité.

Ainsi, Robert Misrahi considère que le patient en tant que sujet à droit à « un bien être existentiel » qui consiste, au-delà de la guérison et de la diminution de la souffrance, à apporter au malade de « l'aide pour retrouver la plénitude de son existence ». En ce sens, Robert Misrahi considère pour le malade que ce « bien être existentiel est la conscience de la valeur que revêt sa propre existence aux yeux de ceux qui le soignent ». (52) Le soignant doit être capable de faire preuve de compassion face au malade sachant que celui-ci est vulnérable. Il doit comprendre sa différence.

Ainsi, cela évoque un cas de séparation entre un enfant en situation de handicap accueilli en établissement et sa mère en Guyane. La famille du jeune garçon est issue de la communauté Bushinengué, peuple d'origine africaine, descendant des esclaves amenés en Guyane hollandaise, Surinam actuel. La mère ne participe pas à l'accompagnement de l'enfant. Les professionnels sont heurtés par son absence qui est perçue comme de la négligence. En s'intéressant aux raisons de cette absence, il est mis en avant, qu'au sein de la communauté Bushinengué, il y a peu de rapports affectifs entre un enfant et ses parents. On considère que l'enfant appartient à la communauté et sa mère, en sollicitant un accueil, a jugé qu'elle confiait à la communauté de l'établissement. Comment intégrer cet élément dans la prise en charge de l'enfant ? Quelles réflexions émanent de ce constat ?

· **Le respect de la vulnérabilité du patient**

La notion de vulnérabilité recouvre une réalité complexe. Pour Emmanuel Levinas, la rencontre avec autrui prend la forme du visage qui révèle la vulnérabilité et renvoie à notre responsabilité. Il écrit « le visage s'impose à moi sans que je puisse cesser d'être responsable de sa misère ». (53) On considère qu'il existe une vulnérabilité générale commune à tous. Dans le cadre des situations de soins, il existe une vulnérabilité supplémentaire. Ainsi, la vulnérabilité correspond aux incapacités du patient liées à son âge, à son état physique ou mental. De fait, cette vulnérabilité nécessite un accompagnement spécifique.

(48) : Patrick Bantmann, La liberté d'aller et venir en psychiatrie. Entre l'exigence de la loi, l'éthique et la réalité des pratiques. Cinq ans après la conférence de consensus, où en sommes nous?, L'information psychiatrique,, 2010, p 293 à 297

(49) : Tanella Boni, La dignité de la personne humaine, , Diogène, 2006, p 65

(50) : Paul Ricoeur, Jean-François de Raymond, Les enjeux des droits de l'homme, ed Larousse, 1988, p 236 et 237

(51) : Frédéric Worms et al, La philosophie du soin, ed PUF, 2010, p 249-250

(52) : Robert Misrahi ,Le philosophe, le patient et le soignant, ed Les empêcheurs de penser en rond, 2006, p 118-119

(53) : Emmanuel Levinas Totalité et infini, ed Livre de Poche, 1961

Pour certaines catégories de patients une protection particulière due à leur état est mise en place. Par exemple, dans sa recommandation enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et adolescents en établissement de santé, la HAS propose une méthode d'accompagnement spécifique en tenant compte de la vulnérabilité des enfants. (54) Plus généralement, il convient d'identifier les facteurs de vulnérabilité inhérents à la situation de soin afin de protéger le patient de manière adaptée et accompagner sa fragilité. L'approche doit également tenir compte des ressources du patient. Cynthia Fleury traduit cette idée par le souci « de rendre capacitaires les individus ». Elle considère que la vulnérabilité ne doit pas être déficitaire mais au service de l'autonomie. Elle précise que « la vulnérabilité est une combinaison d'hyper-contraintes, qui sont souvent d'emblée dévalorisées, stigmatisées par la société comme étant non-performantes, invalidantes et créatrices de dépendances ».

A titre d'exemple, le questionnement relatif au respect de la vulnérabilité du patient peut être illustrée par une situation de mise en œuvre d'une hospitalisation sans consentement. L'expérience vécue se passe en Martinique au sein d'un établissement de santé psychiatrique pour adultes. Le patient est un jeune homme âgé de 20 ans, atteint de schizophrénie. Il souffre d'hallucinations auditives et a des idées délirantes de plus en plus présentes. Son comportement rend son accompagnement difficile. Il pourrait se mettre en danger et être violent avec d'autres patients. Il est placé en chambre de soins rapprochés mais se pose la question de son maintien dans l'institution ou de l'organisation d'une hospitalisation sans consentement dans un autre établissement. Au titre de sa vulnérabilité, l'hospitalisation sans consentement semble la réponse la plus adaptée. Pour autant, comment faire comprendre au patient les enjeux d'une telle hospitalisation ? Ne risque-t-elle pas d'être délétère pour lui ? Est-ce que nous respectons suffisamment sa vulnérabilité en agissant ainsi ? La vulnérabilité doit constituer une préoccupation pour tout un chacun ; pouvant aller jusqu'à faire « naître chez nous un être, une manière d'être, un style de vie, un autre nous-même ». Ces éléments renvoient à la responsabilité du soignant. (55)

3-Les principaux enjeux éthiques du point de vue du soignant

S'intéresser aux enjeux éthiques du point de vue du soignant revient à s'interroger sur l'action de soigner ou comment agir pour bien voire mieux soigner ? Cela revient à s'interroger en quoi un soignant respecte-t-il le principe de bienfaisance et n'est-il pas malfaisant ? Pour cela, il est utile de comprendre ce qui constitue le soin.

Pour soigner, les professionnels prennent appui sur des normes soignantes. Ces dernières issues de la loi et complétées par des recommandations de bonnes pratiques, constituent le cadre d'intervention des soignants dans un contexte de soins. Ces normes déterminent pour le thérapeute la manière de soigner et pour le patient la manière de recevoir les soins. Cependant, elles peuvent être sources de contraintes pour le patient ainsi que pour le soignant. En effet, le patient peut ne pas les comprendre et le soignant peut ne pas savoir les expliquer. Pire encore, les objectifs du soignant peuvent s'opposer aux objectifs du patient lorsque ce dernier n'est pas compris. Cette approche différente fait naître des conflits de valeurs et on peut parler alors, comme le fait Cynthia Fleury, de « produit malheureux des normes médicales et de soins lorsqu'elles négligent la subjectivité du patient ». (56) Il apparaît évident que le patient se trouve au centre du dispositif de soin et que les normes de soins sont tenues de s'adapter à ses besoins. On retrouve cette idée essentielle dans l'évolution législative, notamment depuis la loi du 04/03/2002. Pour autant, cette affirmation n'est pas si évidente dans un contexte de soin tout particulièrement en psychiatrie. Par ailleurs, le soignant est influencé par son expérience clinique qui constitue sa propre subjectivité professionnelle.

(54) : HAS, Recommandation enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et adolescents en établissement de santé, 2017

(55) : Cynthia Fleury, Le soin est un humanisme, ed Tracts Gallimard, 2019, p 7

(56) : Philippe Bataille et Louise Virole, Quand la morale du soignant devient l'éthique du soin. Conflits éthiques et normes professionnelles en médecines de la reproduction et palliative, la Nouvelle Revue du Travail, 2013

Au-delà de l'application de la loi, de la déontologie et de la poursuite des objectifs de soins, le comportement du soignant peut également être influencé par de nombreux facteurs et cela peut constituer aussi un conflit de valeurs. Dans ces conditions, une fois cette observation établie, il convient pour le soignant de s'interroger sur la limitation de ce que Sylvie Fainzang nomme le « décalage entre les préoccupations respectives des malades et des médecins ». (51) Plus précisément, il s'agit de s'intéresser à la nature du lien qui se crée dans la rencontre du soignant et du patient pour constituer la relation de soins. Frédéric Worms met en avant cette dimension relationnelle comme étant « la dimension la plus fondamentale du soin ». (35) Cette relation particulière faisant émerger la responsabilité du professionnel.

· La relation de soin

Marie Rajablat, infirmière en psychiatrie, dans son livre témoignage, *Mille et un soins infirmiers en psychiatrie. Entre combats et magie de la rencontre*, évoque à propos du soin infirmier « qu'il s'agit avant tout de créer une relation humaine. Tout soin commence par-là ». (57) La relation de soin présuppose une rencontre entre le soignant et le patient. Pour le soignant, cette rencontre provient du choix de sa profession et du lieu d'exercice. Pour le patient, cette relation est rendue nécessaire par sa situation de souffrance et de besoin. A l'image de n'importe quelle relation, celle-ci exige une réciprocité.

Claire Marin qualifie cette dimension « d'intersubjective ». (58) Cela signifie que la relation de soin concerne deux sujets et constitue un échange intersubjectif au cours duquel chacun vit une expérience et se nourrit de l'expérience de l'autre. Le psychologue Vincent Di Rocco qualifie de « rencontre clinique » la mise en relation entre un soignant et un patient en psychiatrie. Cela signifie que, pour le soignant, des compétences spécifiques sont à mobiliser pour tirer profit de la relation de soin afin que celle-ci atteigne ses objectifs, qui sont partagés avec le patient.

Pour autant, dans le cadre d'une relation de soin, cette réciprocité revêt un caractère particulier, étant donné, comme le précise Robert Misrahi, que « le malade a perdu une partie de ses forces existentielles et lutte contre la souffrance, tandis que le médecin dispose (en général) de la plénitude de son existence ». (59) Ainsi, apparaît, l'évidente asymétrie de la relation de soin. Simone Korff-Sausse évoque l'idée « d'une asymétrie fondamentale » pour qualifier la relation de soin. Elle précise qu'une relation de dépendance s'installe entre le soigné et le soignant. (60) Dès lors, se pose la question de créer une relation de soin qui tienne compte de cette asymétrie pour en limiter les effets et ainsi permettre au patient d'être soigné selon ses besoins.

De plus, notamment en psychiatrie, il convient de s'interroger sur la nature du soin. On évoque ainsi régulièrement « les soins relationnels » propres à ce secteur. Cela peut laisser entendre que d'autres types de soins ne seraient pas relationnels. Or, il apparaît évident que la notion de relation est présente quelque soit le type de soins. Dès lors, la réflexion sur une relation de qualité doit tenir compte de l'ensemble des échanges soignant-soigné quelque soit la nature du soin.

Dans la mise en œuvre de la relation de soin, le soignant se doit d'avoir à l'esprit que l'acte de soin est multidimensionnel. La souffrance du patient peut avoir plusieurs origines et de multiples conséquences. Traiter uniquement la pathologie (ou ses symptômes) ne serait pas suffisant pour mettre fin au mal être du patient. Cela est particulièrement fréquent dans le cadre des troubles psychiatriques. Claire Marin, dans *La philosophie du soin*, traduit cette idée par « le malade est malade d'avoir été malade ».

(51) : Frédéric Worms et al, *La philosophie du soin*, ed PUF, 2010, p 249-250

(35) : Frédéric Worms, *Le moment du soin* ed PUF, 2021

(57) : Marie Rajablat, *Mille et un soins infirmiers en psychiatrie. Entre combats et magie de la rencontre*, 2016, ed Eres, 2016

(58) : Frédéric Worms et al, *La philosophie du soin*, ouvrage collectif, ed PUF, 2010, p 127-129

(59) : Robert Misrahi, *Le philosophe, le patient et le soignant*, 2006, ed Les empêcheurs de penser en rond, p 148

(60) : Frédéric Worms et al, *La philosophie du soin*, ouvrage collectif, ed PUF, 2010, p 57-58

Elle prend appui sur les réflexions de Georges Canguilhem qui, dans un article intitulé *Une pédagogie de la guérison est-elle possible ?* évoque le malade « qui refuse de se dire guéri et ne se comporte comme tel » alors que biologiquement, sa pathologie est guérie.

Pour expliquer cela, Claire Marin évoque l'idée de « l'éventuelle défaillance des soignants dans le traitement de certains aspects de la maladie, jugés secondaires ou négligeables ». (58) En général, l'acte de soin privilégie un seul aspect de la pathologie et ne s'intéresse pas aux conséquences indirectes de la souffrance. Simone Weil énonce même dans « *L'amour de Dieu et le malheur* » que le malade est « tout simplement malheureux » et que l'on oublie souvent cela.

Pour y remédier, Georges Canguilhem préconise de recentrer le soin sur la dimension humaine. Il est impératif pour le soignant de prendre en considération le patient dans sa globalité. A ce sujet, Georges Canguilhem intègre dans la relation de soin « la compréhension et le respect de l'individualité du sujet comme la finalité et l'essence même de la médecine » pour « dépasser le rapport du médecin au malade comme celui d'un technicien compétent à un mécanisme dérangé ». (61)

Dans la même idée, Edgar Morin illustre cette difficulté en écrivant « ce qui est complexe, c'est que les malades sont à la fois des objets et des personnes. Le problème de la non-complexité, c'est de voir le malade comme un objet et d'oublier que c'est une personne ». (62)

Cette exigence de singularité signifie que le soignant est tenu de s'intéresser à la vie sociale du patient et à son environnement, qu'il doit avoir conscience que le patient a sa propre subjectivité. Cet élément rejoint le principe d'autonomie du patient et l'importance du respect de son consentement évoqués plus haut. Cela implique pour le soignant, au cours de l'acte de soin, de s'informer sur l'avant (ce que le patient a vécu), auprès du patient, d'évaluer la situation pendant le soin (comment il vit le soin) et d'informer le patient sur l'après (ce que le patient pourrait vivre à la fin du soin). Néanmoins, ces considérations qui semblent évidentes ne sont pas simples à mettre en œuvre.

En effet, Claire Marin pose la question pour le soignant de « maintenir ce double souci, ce double regard ». Il est tenu de s'intéresser aux conséquences de la pathologie et aux problèmes moraux du patient. Cette situation peut être source de dilemme éthique dans le cadre d'une relation de soin. Ainsi, la tentation pour le soignant d'apporter uniquement une réponse technique est grande. De plus, des études sociologiques ont mis en évidence l'influence de la subjectivité du soignant dans la relation de soin. Ainsi, comme le décrit, Nathalie Zaccai-Reyners, dans l'ouvrage collectif *La philosophie du soin*, le soignant obéit à des normes implicites. Elle prend appui sur une étude menée aux Etats-Unis auprès de professionnels intervenant dans un service accueillant des malades en fin de vie. Cette étude montre que si « le patient ne remplit pas les obligations propres à un malade mourant », la relation de soin est altérée. Le travail de l'équipe de soin sera orienté pour faire en sorte que le patient adopte un comportement approprié. (63) Cette notion se retrouve en psychiatrie dans la mesure où, du fait des troubles liés à la pathologie, le patient n'a pas le comportement attendu.

Par ailleurs, Claire Marin identifie chez le patient une double attente paradoxale. D'une part, le malade souhaite être reconnu comme une personne fragile, qui a besoin d'aide. D'autre part, il souhaite être considéré comme une personne autonome, à part entière, capable de s'impliquer dans sa guérison. (58) Le soignant doit être en mesure de tenir compte des deux aspects et ne pas privilégier un par rapport à l'autre. Dans ces conditions, se pose la question du positionnement que le soignant doit adopter dans la relation de soin.

Traditionnellement, on invoque, pour qualifier la relation de soin, la notion d'empathie que l'on retrouve chez les soignants. Pour autant, Simone Weil énonce qu'il est difficile d'être réellement sensible au malheur de l'autre : « La capacité à faire attention à un malheureux est une chose très rare ». (64) En effet, l'empathie ne s'impose pas à un soignant dans sa manière d'aborder le patient.

(61) : Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, ed PUF, 2013

(62) : Edgar Morin, *Comprendre la complexité dans les organisations de soins*, ASPEPS, 1997

(63) : Frédéric Worms et al, *La philosophie du soin*, ed PUF, 2010, p 127-129

(64) : Simone Weil, *L'attente de Dieu*, Fayard, 1964, p 74

Céline Lefève définit l'empathie comme la capacité « à se mettre en imagination à la place d'autrui et à se représenter ses émotions et ses affects, sans pour autant les ressentir soi-même ». L'empathie permet au soignant de s'intéresser à la souffrance du patient et d'essayer de la comprendre. Le patient se sent ainsi considéré et sa souffrance est, pour lui, digne d'intérêt. Elle aide à intégrer la dimension humaine du soignant. Céline Lefève précise encore que l'empathie « enclenche pour le soignant un mouvement de décentrement ». Ainsi, le soignant n'est plus concentré uniquement sur l'aspect technique du soin mais s'attache à s'intéresser au patient dans son ensemble. Georges Canguilhem évoque « le pouvoir de dédoublement » du soignant. Ce pouvoir rappelle au soignant qu'il est aussi un individu subjectif, potentiellement malade un jour et capable de sympathie. L'empathie doit aider le soignant à comprendre la situation pour y répondre de manière adaptée. L'empathie doit donc être encouragée.

En s'interrogeant sur la relation de soin, Céline Lefève établit un parallèle avec une relation d'amitié. De prime abord, ces deux types de relation semblent très éloignés. Pour autant, en précisant les caractéristiques d'une relation de soin de qualité, elle évoque l'intérêt d'élaborer une relation de soin à l'image d'une relation d'amitié. S'intéresser à l'autre, à sa subjectivité ou connaître son ressenti caractérisent les liens entre deux amis. Ce modèle permet notamment d'intégrer la notion d'empathie au sein de la relation. (65)

Cependant, se pose alors la question de la distance que doit conserver le soignant vis à vis du patient. Une proximité trop importante n'est pas souhaitable pour maintenir l'équilibre de la relation. De plus, la plupart du temps, le patient a une représentation du soignant au sein de laquelle une relation de proximité n'est pas envisagée. Un positionnement insuffisamment explicite ne serait pas compris par le patient. En psychiatrie, les questionnements sur la relation avec le patient sont nombreux et une proximité trop grande est à bannir car délétère pour le patient.

Dans le cadre de soins psychodynamiques, on évoque la notion de transfert qui interfère dans la relation de soin pour évoquer l'ensemble des sentiments positifs ou négatifs ressentis par le patient à l'égard du thérapeute. Sigmund Freud qui a conceptualisé cette notion, définit cette relation dans *Selbstdarstellung* en 1925 comme « une relation affective intense du patient à la personne de l'analyste, relation qui ne peut s'expliquer par aucune des circonstances réelles ». Ainsi, le patient peut nourrir des attentes et des sentiments contradictoires vis à vis du thérapeute. Il existe également la notion de contre-transfert pour qualifier le ressenti du thérapeute vis-à-vis du patient, c'est à dire, pour évoquer la sympathie ou l'antipathie qu'il perçoit. Ces notions se retrouvent essentiellement dans le cadre de soins psychodynamiques. Pour autant, il est nécessaire, en psychiatrie, en fonction du type de soin, de les connaître afin d'en tenir compte pour questionner l'implication dans la relation de soin et poser le cadre d'une distance relationnelle adaptée.

Enfin, Céline Lefève évoque l'idée du débat comme modèle de relation patient-soignant. Pour cela, elle cite Kurt Goldstein qui qualifie la relation médecin-patient de « débat entre deux personnes dont l'une veut aider l'autre à acquérir une structure aussi conforme que possible à son essence ». Georges Canguilhem utilise également cette notion. Il s'agit d'ouvrir entre soignant et patient une discussion visant à partager les connaissances. Le médecin apporte l'aspect théorique de la pathologie et le patient fait un récit d'expérience permettant d'échanger sur les possibilités thérapeutiques et leurs conséquences. L'individu malade est ainsi pris en compte et ses choix pourraient être mieux exprimés. On peut imaginer qu'un tel mode d'échange permet à chacun d'être acteur et moteur de la relation de soin. Céline Lefève précise néanmoins que cette modalité semble plus adaptée aux maladies chroniques dans la mesure où le débat nécessite de la confiance et de s'inscrire dans une durée. (65) La relation de soin est un élément complexe. Elle reste néanmoins déterminante dans l'acte de soin. Elle doit prendre appui sur la « reconnaissance subjective réciproque entre patients et soignants » pour confirmer cette notion de « colloque singulier ». (65)

(65) : Frédéric Worms et al, La philosophie du soin, ouvrage collectif, ed PUF, 2010, p 115-12

Le soignant doit considérer la relation de soin comme un partage. Elle doit être emprunt d'humanité. Elle doit lier la parole au geste. Autrement dit, cette humanité n'interdit pas une relation qui passerait par le toucher qui, pour Claire Marin, « devient la reconnaissance tacite d'un corps humain ». (66) Un soignant peut envisager de rentrer en contact avec le patient par le toucher et pas uniquement dans un objectif technique de diagnostic. Néanmoins, cette dimension de l'utilisation du toucher dans la relation de soin n'est pas généralisable en psychiatrie du fait des troubles liés à certaines pathologies.

Cette relation de soin permet au soignant d'agir, mais peut aussi l'aider. Elle peut l'aider en tant que professionnel mais aussi en tant qu'individu. Frédéric Gros évoque cela lorsqu'il dit que « c'est dans le soin de l'autre que trouve à nourrir le soin de soi-même ». (68)

Pour compléter cette idée, il est possible de faire appel à la notion de réflexivité dans la relation de soin. Cette dernière est utilisée pour améliorer la qualité de la relation de soin. Il s'agit pour le soignant de se regarder agir en situation. On parle alors de réflexivité reflet au moment du soin. Le soignant peut ainsi adapter sa pratique. Aussi, se regarder en tant que clinicien, doit permettre de donner du sens à l'action. On parle alors de réflexivité raisonnement *a posteriori*, qui forme avec la réflexivité reflet, la réflexivité professionnelle. Celle-ci, seul ou en équipe, aide le soignant à évaluer son action et à s'adapter aux situations singulières. (69)

Le contexte de la relation de soin peut être illustrée par l'exemple suivant. Au sein d'un établissement psychiatrique pour adultes en Martinique, une patiente atteinte d'une psychose demande à être reçue par le directeur, parce qu'elle a des choses à dire, dit-elle. Elle souffre d'hallucinations et de bouffées délirantes. En accord avec le médecin, la patiente est reçue en entretien avec le directeur et une infirmière. Elle évoque plusieurs idées contradictoires, accuse d'autres patients de commettre des méfaits et sent des menaces à son encontre. Le fait d'accorder cet entretien a fait l'objet d'un questionnement, quel est le sens de cet entretien ? Quelle posture adopter pour écouter la patiente sans remettre en cause le fondement de ses allégations pour ne pas la brusquer ? Quelle relation de soin est ainsi créée entre un personnel de l'administration et un patient ? Au-delà de la dimension relationnelle du soin, une situation de soin fait appel à la notion de responsabilité du soignant.

· **L'éthique de la responsabilité**

La notion de responsabilité constitue un concept juridique. En droit, la responsabilité signifie qu'une personne, au sens juridique (qu'elle soit physique ou morale), est tenue à des obligations dans le cadre des actes qu'elle accomplit. Cette notion de responsabilité fait référence à un contrat (relation née de l'accord de deux ou plusieurs parties) ou à la loi. Ainsi, en cas de non-respect des termes du contrat ou de la loi, un individu expose sa responsabilité. Dans le cadre de la responsabilité devant la loi, l'individu peut engager sa responsabilité civile (si un dommage est causé) ou pénale (si une violation délibérée de la loi est attestée). Dans une situation de soin, la responsabilité du soignant peut être engagée au regard de la loi ou du non-respect de la déontologie. Dans ces conditions, le soignant peut s'exposer à des sanctions ou à des condamnations selon la gravité des faits reprochés. Pour autant, dans le cadre de sa relation au patient, la responsabilité du soignant est engagée sans prendre le risque de s'exposer à une punition. La nature de la relation au malade met en évidence la responsabilité du soignant.

Dans un autre registre, Emmanuel Levinas, dans *Totalité et Infini*, évoque l'obligation qui émane d'autrui, particulièrement de son visage. Il écrit « le visage est discours et expression » (70). Il considère que la personne qui nous fait face s'impose à nous, adresse un ordre et une injonction créant une responsabilité éthique.

(66) : Frédéric Worms et al, La philosophie du soin, ed PUF, 2010, p 139

(68) : Frédéric Gros, Le soin au coeur de l'éthique et l'éthique du soin, Recherches en soins infirmiers, n°89, 2007, p 18

(69) : Olivier Chambon et Michel Marie-Claudine, Les bases de la psychothérapie, approche intégrative et éclectique, Dunod, 2019, p 112-116

(70) : Emmanuel Levinas , Totalité et infini, ed Livre de Poche, 1961, p 218

Jean-François Rey, dans un ouvrage dédié à Emmanuel Levinas, résume cette idée en évoquant que « c'est avant tout la présence de l'impératif dans le corps vulnérable ». (71)

Cela signifie que la responsabilité réside dans le souci pour l'autre. L'individu se doit d'adopter une posture bienveillante et accueillante. Cette réflexion est particulièrement intéressante pour interroger la responsabilité du soignant. En effet, le malade, par sa présence, convoque la responsabilité du soignant. Il appelle à la vigilance du soignant qui est tenu de réfléchir à la nature des actions qui met en œuvre.

Cette nécessaire réflexion à mener sur la teneur de nos actes constitue l'éthique de la responsabilité. Une version de l'éthique de la responsabilité a été conceptualisée par Max Weber. Dans *Le savant et le politique*, il précise, pour définir l'éthique de la responsabilité, que « nous devons répondre des conséquences prévisibles de nos actes » (72). Max Weber considère que l'éthique de la responsabilité doit être attachée à l'homme d'action, notamment en politique. Il la différencie de l'éthique de conviction, qui prend appui sur le respect de valeurs et l'absence de transgression des normes. L'approche de l'éthique de la responsabilité ainsi définie, particulièrement mise en évidence dans la bioéthique, est un élément essentiel à intégrer aux contextes de soins.

Ainsi, la responsabilité de nos actions implique de mesurer les conséquences immédiates de celles-ci mais également d'être en capacité d'anticiper les conséquences prévisibles. Se pose alors la question, d'une part, de déterminer en quoi notre action est morale et d'autre part de la situer dans le temps afin d'anticiper d'éventuelles conséquences. Or, dans un contexte de soin, des conflits de valeur peuvent remettre en cause la moralité de l'action elle-même et il peut s'avérer difficile d'anticiper certaines conséquences dans la mesure où elles ne sont pas connues au moment du soin.

La responsabilité des conséquences d'une action fait écho à la réflexion de Hans Jonas. En effet, il aborde l'éthique de la responsabilité à travers les conséquences des actions menées. Le point de départ de sa réflexion est l'évolution scientifique et technologique qui rend possible la réalisation d'actions dont les conséquences à long terme peuvent ne pas être souhaitées ou souhaitables. Il évoque cela lorsqu'il écrit dans *Le principe responsabilité, une éthique pour la civilisation technologique*, « le gouffre entre la force du savoir prévisionnel et le pouvoir du faire engendre un nouveau problème éthique ». (73) Ainsi, la question éthique ne se résume pas à la situation immédiate mais il convient de s'interroger sur les résultats à plus long terme. Hans Jonas fait référence à une peur dont l'individu doit être affecté pour engager sa responsabilité, notamment dans le cadre d'actions pouvant engendrer des conséquences sur les générations futures. On pense évidemment immédiatement aux conséquences des progrès scientifiques ainsi qu'au réchauffement climatique. Pour autant, il est intéressant d'intégrer cette réflexion dans l'acte de soins. Au-delà du domaine de la génétique, en soins psychiatriques, cette approche peut être utilisée dans les soins psychanalytiques notamment.

Concernant la moralité de l'action, Paul Ricoeur a mis en évidence cette interrogation permanente qu'impose l'éthique de la responsabilité. Il précise qu'il est de la responsabilité de chacun d'entre nous de rendre le monde juste même si cela peut paraître difficile. Ainsi, dans *Soi-même comme un autre*, il écrit : « être éthique, c'est accepter et vivre le conflit du bien à faire et du devoir à accomplir dans un monde. C'est souffrir ce conflit sans repos, jamais réglé, toujours remis sur l'ouvrage ». (74) Cette réflexion répond aux problématiques issues des situations de soins dans lesquelles il est primordial pour le soignant d'être le plus juste possible dans ses actions. Ce souci permanent de justesse interroge notre approche du soin.

(71) : Jean-François Rey, Levinas, le passeur de justice, ed Michalon, 1997

(72) : Max Weber, *Le savant et le politique*, Plon, 1998

(73) : Hans Jonas, *Le principe responsabilité, une éthique pour la civilisation technologique*, ed Cerf, 1997, p 19

(74) : Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, Seuil, 1990

Dès lors, se pose la question, pour un soignant, d'agir, en proposant un soin adapté dont les conséquences sont mesurées. Autrement dit, il s'agit de faire en sorte que le soignant adopte le principe de bienfaisance et de non-malfaisance dans les actes de soins.

Ainsi, Robert Misrahi, précise que « l'éthique est précisément cette réflexion sur le fondement de l'action et par conséquent sur ses contenus, son sens et sa responsabilité ». Il convient donc, pour un soignant, de s'interroger sur le sens de son action. Pour Robert Misrahi, faire référence à un système de valeurs ou à une déontologie, n'est pas suffisant pour fonder l'intérêt d'une action. Il évoque « le mouvement concret d'un individu agissant [...]déployant son être vers l'obtention d'une plus grande satisfaction et d'une meilleure plénitude dans la vie de son désir ». (75) Il considère que le désir est à l'origine de l'action et source de sens. Il ne constitue pas pour lui une pulsion et a une dimension réflexive. Si on constate un écart entre ce qui est souhaité et ce qui est atteint ou si notre propre désir se heurte au désir de l'autre, on peut alors évoquer une situation de crise. Pour l'auteur, afin de remplir cet objectif, l'individu doit, à travers l'éthique, rechercher des principes pour une action heureuse et trouver des moyens pour accéder au sens et lui donner satisfaction. Dans ces conditions, il est intéressant de considérer que la responsabilité du soignant est de s'interroger sur son propre désir et sur celui du patient. Cela revient à préciser le rôle du soignant, ce qu'il sait faire, ce qu'il veut faire et ce qu'il doit faire. Également, il doit s'attarder sur les besoins exprimés ou non par le patient.

Pour Robert Misrahi, « la responsabilité est le fait d'assumer la charge d'une action destinée à autrui et entreprise à sa demande et sur son appel ». Dans la relation de soin, la responsabilité du soignant est d'autant plus importante que la relation est asymétrique. Celui-ci doit veiller à considérer le patient dans son ensemble. Pour autant, dans certaines situations, la responsabilité du soignant peut se trouver mise à mal par la volonté du patient et les droits du malade comme dans les situations de soins psychiatriques sans consentement ou dans le cadre de violation du secret médical. Le secret médical est encadré par le code de déontologie médicale et la loi du 04/03/2002 est venue apporter la notion de secret partagé permettant aux professionnels participant aux soins d'avoir accès à certaines informations. En psychiatrie, il est essentiel de préserver le secret médical afin de protéger les patients contre certaines dérives sécuritaires ou exigences de la société. Ainsi, la responsabilité du soignant peut être engagée et celui-ci doit réfléchir sur les modalités de mise en œuvre du secret partagé.

Ainsi, on peut prendre appui sur l'idée de Robert Misrahi qui précise que « la responsabilité du médecin consiste à restaurer le sujet dans la plénitude de son pouvoir existentiel ». (76) On peut substituer le terme médecin par soignant. Cela signifie que, au-delà de la responsabilité juridique, la responsabilité du soignant est de permettre au patient un épanouissement complet, réel et concret.

La notion de responsabilité du soignant fait écho à une expérience singulière. Elle concerne un enfant en situation de polyhandicap, accueilli en établissement médicalisé en Guyane, pour lequel est préconisé un transfert à Paris pour subir une intervention chirurgicale orthopédique. Cette intervention doit permettre d'améliorer le confort de l'enfant mais n'a pas de caractère vital ou urgent. La famille sollicite l'aide des professionnels du centre pour savoir si elle doit donner son consentement ou non. Les conséquences de cette intervention sont importantes. Cela signifie que l'enfant va être éloigné de son milieu familial pendant un an à cause de la rééducation. L'espérance de vie de l'enfant, du fait de son handicap, est limitée. Par ailleurs, l'enjeu financier pour la famille constitue également un élément déterminant pour soit financer des trajets en avion, soit faire en sorte qu'un parent arrête de travailler pendant un an et accompagne son enfant. Dans ces conditions, quelle posture le soignant doit-il adopter ? Quelle responsabilité le soignant doit-il assumer dans l'accompagnement d'une décision lourde de conséquences ?

(75) : Robert Misrahi, *Le philosophe, le patient et le soignant*, ed Les empêcheurs de penser en rond, 2006, p 81-82

(76) : Robert Misrahi, *Le philosophe, le patient et le soignant*, ed Les empêcheurs de penser en rond, 2006, p 148-151

Les principaux enjeux éthiques, pour le soignant, émanent de la nature du lien mis en œuvre avec le patient. Cette relation de soin, rendue nécessaire par la situation de soin, fait émerger la responsabilité du soignant. Au-delà de la responsabilité juridique, l'engagement du soignant dans une activité de soin fait émerger également des questionnements éthiques sur la posture à adopter. Pour autant, ces enjeux se déploient au sein d'un contexte spécifique qu'est l'institution de soin. Cette dernière, dans son organisation et son fonctionnement, participe à la réflexion éthique et dispose de ses enjeux propres.

4-Les principaux enjeux éthiques du point de vue de l'institution de soins psychiatriques

Une institution de soins, en particulier dans le domaine de la psychiatrie, n'est pas une administration ordinaire. Le législateur a strictement encadré ses missions. Des recommandations de bonnes pratiques émanant de professionnels sont venues préciser l'organisation attendue. L'intérêt apporté à l'organisation de l'établissement est un mouvement ancien et a influencé les évolutions législatives dans le secteur de la psychiatrie. On nomme ce mouvement « psychothérapie institutionnelle ».

A partir des travaux de Philippe Pinel menés au XVIII^{ème} siècle sur la classification des maladies mentales et les perspectives thérapeutiques prenant appui sur des méthodes bienveillantes, Jean-Etienne Esquirol développe cette réflexion qui aboutira à la loi de 1838 sur la création des établissements de santé psychiatriques. Progressivement, influencés par des événements tels que la guerre d'Espagne (1936-1939) ou l'expérience concentrationnaire durant la seconde guerre mondiale (1939-1945), plusieurs psychiatres comme François Tosquelles ont mis en œuvre de nouvelles formes d'organisation au sein d'établissements de soins psychiatriques prenant appui sur la responsabilité des professionnels et des malades. Ainsi, on considère donc que l'établissement est un instrument de soin et qu'il existe des soins institutionnels pouvant améliorer les dysfonctionnements.

Cynthia Fleury prend appui sur le modèle développé en psychiatrie pour faire le lien avec les structures de soins généraux. Elle évoque l'idée que si « l'univers du soin (est) lui-même malade (ce n'est pas) sans conséquences spécifiques, dans la mesure où l'impact de ce manque de soin- dans un espace qui est précisément destiné à soigner- [...] est bien plus dommageable pour les patients, les citoyens, et le monde de la santé en règle générale ». Cela renvoie au principe développé par le psychiatre Hermann Simon, qui en 1927, parle de « soigner l'hôpital » pour améliorer l'accompagnement des malades. (77) En 2009, Claire Compagnon et Véronique Ghadi ont rédigé un rapport, à partir de témoignages intitulé « La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé ». Ce rapport met en avant que la maltraitance peut émaner de facteurs institutionnels non volontaires. (78)

Ainsi, il convient de s'intéresser en quoi le fonctionnement de l'institution peut-il constituer un enjeu éthique et comment peut-il être bienveillant à travers une éthique de la discussion essentielle pour permettre une meilleure organisation.

· **Le fonctionnement même de l'institution de soins comme enjeu éthique**

Le contexte institutionnel d'élaboration du soin ne constitue pas un simple cadre organisationnel basé sur une répartition de missions propres à chaque groupe d'individus. En effet, une institution de soin n'est pas un simple lieu dans lequel des patients viendraient à la rencontre de la compétence des soignants. Cela signifie que l'institution de soin met en commun des ressources (humaines et matérielles) et un environnement au service des besoins des patients. Pour cela, il est impératif de structurer l'organisation afin de permettre son fonctionnement. Néanmoins, ce fonctionnement peut

(77) : Cynthia Fleury, *Le soin est un humanisme*, 2019, ed Tracts Gallimard, p 27

(78) : HAS, Claire Compagnon et Véronique Ghadi, *La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé- Etude sur la base de témoignages-* 2009

être à l'origine de perturbations entraînant des conséquences sur la fonction soignante ou la prise en soin. On peut aller également jusqu'à rencontrer des désaccords plus profonds sur la philosophie même du soin au sein de l'institution. En effet, les objectifs poursuivis par l'institution peuvent être en contradiction avec les objectifs du soignant et du patient. Robert Misrahi avance la notion de « paradoxe gestionnaire » pour évoquer cette idée. Il considère que l'on rencontre plusieurs paradoxes dans la relation médecin-malade. Il va au-delà des paradoxes émanant uniquement de la relation de soin en évoquant certaines limitations imposées par l'institution comme les impératifs budgétaires ou le cadre réglementaire. Ce dernier peut limiter la liberté du soignant et restreindre les attentes du patient. Autrement dit, Robert Misrahi confronte le droit exigible du malade à être soigné et la responsabilité du médecin à intervenir faisant face à une logique différente émanant de l'institution. Dès lors, il précise tout de même que « tous les malades doivent pouvoir bénéficier des mêmes soins et bénéficier des mêmes thérapeutiques ». (79) Or, se pose la question des moyens nécessaires pour arriver à dépasser ce paradoxe et garantir les mêmes soins pour tous.

Il s'agit de s'interroger sur le fonctionnement de l'institution et la possibilité dont dispose celle-ci de tenir compte de ces éléments. Paul Ricoeur, à travers sa définition de l'éthique, met en avant une conception intéressante du rôle de l'institution. Il définit l'éthique comme la « visée d'une vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes ». Cette notion « d'institution juste » consiste à poser le cadre institutionnel comme le garant dans son fonctionnement de cette nécessaire justice. (80) En effet, un établissement de soin se doit d'accompagner de manière « juste » les patients mais aussi les soignants.

Néanmoins, pour Robert Misrahi, « la gestion hospitalière ne pose pas de problèmes plus difficiles, ni plus douloureux que l'accès universel au bonheur et à la justice ». (81) Il apparaît évident qu'une telle démarche ne semble pas aisée. Ainsi, un établissement est tenu de garantir l'égalité et promouvoir la justice dans son fonctionnement. Se pose alors la question de déterminer ce qui définit le caractère juste d'un établissement.

La notion de justice fait référence aux normes juridiques. Elle permet de maintenir l'ordre au sein de la cité. On pense également à la notion d'institution judiciaire qui est chargée au sein d'une société de faire respecter les lois par tous et sanctionner les contrevenants. Pour autant, la justice a également pour mission de répartir les biens entre les individus. Dans *Ethique à Nicomaque*, Aristote distingue la justice commutative dont l'objectif est de régir les relations entre individus en les considérant comme égaux et la justice distributive établie par un juge impartial pour permettre de répartir les biens selon la valeur des individus. L'égalité se situe dans les rapports entre les individus et non dans les biens à répartir. (82) Il est donc nécessaire d'être attentif aux situations d'inégalité existante pour essayer d'en limiter les effets. Dès lors, au sein d'un établissement de soins, la réflexion autour de la notion de justice et d'égalité se heurte à ces deux dimensions. Est-il préférable de favoriser un patient pour lequel un soin spécifique a été identifié au détriment d'un autre ou alors faut-il envisager de proposer les mêmes soins pour l'ensemble des patients ? On peut facilement imaginer les dilemmes éthiques issus de ce questionnement pour permettre à l'institution d'être la plus juste possible dans l'accompagnement des malades.

John Rawls, dans *A theory of justice*, en 1972, a fait évoluer la conception de la notion de justice. Ce dernier met en avant le respect inconditionnel de la personne pour déterminer la notion de justice. Il situe sa réflexion au niveau de la société dans son ensemble. Il considère que la justice, dans la mise en œuvre des actions publiques, doit tenir compte des libertés de chacun tout en luttant contre certaines inégalités. Ainsi, comme l'évoque François Ost, il s'agit de faire « coexister libertés individuelles et bonheur collectif ». (83)

(79) : Robert Misrahi, *Le philosophe, le patient et le soignant*, ed Les empêcheurs de penser en rond, 2006 p 156-157

(80) : Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, Seuil, 1990

(81) : Robert Misrahi, *Le philosophe, le patient et le soignant*, ed Les empêcheurs de penser en rond, 2006 p 158

(82) : Petit Larousse de la Philosophie, définition de la justice

(83) : J. Rawls : *une théorie de la justice pour notre temps ?*, J. RAWLS, *Théorie de la justice*, trad. par C. Audard, Paris, Seuil, 1987

Il apparaît également, à travers cette réflexion, que des dilemmes éthiques peuvent survenir au sein d'un établissement de soins tant au niveau de l'institution elle-même que dans les rapports entre les individus qui la composent. En effet, ce souci de justice, placé au centre du projet institutionnel, peut faire naître des attentes ambiguës. L'établissement de soins doit-il privilégier une approche égalitaire (proposer un même traitement pour l'ensemble des individus) ou équitable (proposer un traitement différent selon les individus considérant qu'ils ne disposent pas des mêmes caractéristiques) ? L'idéal peut constituer à proposer une approche égalitaire et équitable. Pour autant, certaines situations peuvent voir se confronter ces deux notions et nécessiter des arbitrages sensibles.

Paul Ricoeur évoque également « l'intention éthique ». (80) Il s'agit avant tout de créer une dynamique permettant de réfléchir ensemble, c'est à dire que chaque personne puisse être considérée comme un sujet capable de remettre en cause ses certitudes et d'évoquer ses doutes et affirmer sa conception de la vie bonne.

On peut imaginer que le rôle de l'institution, dans son fonctionnement, est de créer cet espace de relation de manière formelle mais aussi informelle. Pour cela, l'institution doit être pensée comme un collectif partageant des expériences et où chacun peut être reconnu dans sa singularité. Il s'agit donc de constituer un projet institutionnel porteur de sens et de valeurs au sein duquel il est possible de s'épanouir et de s'exprimer. En ce sens, la démarche éthique constitue un outil à privilégier pour dépasser ces enjeux.

Alors, se pose la question de permettre à l'institution d'encourager la mise en œuvre d'un tel projet. Il est donc nécessaire de tenir compte de cette réflexion pour en construire l'organisation.

Pour mettre en exergue l'importance du fonctionnement de l'institution, on peut citer le cas d'une autorisation de sortie. Il s'agit de permettre à un patient, adulte, hospitalisé en établissement psychiatrique en Martinique, de bénéficier d'une sortie provisoire accompagnée, pour préparer sa sortie définitive d'hospitalisation. Cette sortie se fait à sa demande, après avis médical et sur validation du directeur. La confirmation ou non de cette sortie fait débat. Le patient, souffrant d'addiction, est encore fragile mais cela pourrait lui permettre de se projeter et de stimuler son projet de soin. Il est volontaire et souhaite vivement en bénéficier. Finalement, sa sortie est accordée. Or, il ne se présente pas à l'heure de retour. Pendant 48h, il ne donne aucun signe de vie. Les forces de l'ordre finissent par le retrouver. Il a cédé à la consommation de drogues et s'est réfugié dans un squat. Cette disparition a remis en cause le fonctionnement des sorties. Traumatisé par cet événement ainsi qu'aux conséquences pour le patient et l'établissement, les sorties ont été limitées. Pour autant, est-ce juste pour les autres patients ? Est-ce que ces restrictions sont cohérentes avec le projet de l'établissement qui souhaite accompagner les patients dans la préparation de leur départ d'hospitalisation ?

· **L'éthique du care**

Le fonctionnement de l'institution de soin constitue un enjeu éthique, particulièrement en psychiatrie. Pour autant, il est intéressant de montrer en quoi l'organisation de l'établissement peut être source de confusion pour le patient et le soignant. Cette confusion, née de la situation de soin, peut être à l'origine de conflits de valeurs. Pour illustrer cette réflexion, Nathalie Zaccai-Reyners, dans l'ouvrage collectif *La philosophie du soin*, prend appui sur la situation des maisons de retraite. Au sein de ce type d'établissement, il est fait référence à la Charte des droits et libertés de la personne accueillie qui reprend les principes à mettre en œuvre afin de garantir un accueil de qualité. Elle considère que, pour le personnel, faire référence à ce document permet de « moraliser le travail », assurant pour chaque employé de connaître ces principes. Or, elle met en évidence des contradictions. La mise en application des principes de cette charte peut poser des difficultés. Elle écrit : « l'organisation même de ces maisons de retraite contraint à la transgression des principes stipulés dans cette charte ». Dans ces conditions, l'institution se doit de faire évoluer son organisation afin de dépasser ce risque de transgression.

(80) : Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, Seuil, 1990

A défaut, elle précise que « le personnel mit devant ces injonctions contradictoires a le choix, à première vue, entre la fuite ou la construction de défenses psychiques solides ». (84)

Dans son article, elle souhaite mettre en avant l'importance que revêt l'organisation de l'institution de soins. En effet, elle pose la question suivante : « en quoi le style organisationnel d'une institution peut-il interférer avec la texture des soins qui y sont proposés ? Par style organisationnel, j'entends en particulier ce qui, dans les manières d'organiser le travail, de penser les tâches de soins elles-mêmes, renvoie à des orientations morales et politiques implicites et explicites ». (84) Prenant appui sur des études sociologiques menées au sein d'un hôpital psychiatrique aux Etats-Unis, elle démontre qu'au sein d'une institution de soin, malgré la volonté affichée de promouvoir la guérison et le bien être des patients constitutifs des finalités explicites, il apparaît d'autres finalités implicites. Ces dernières peuvent être, par exemple, de garantir la stabilité de l'institution elle-même ou de l'équipe. C'est alors que des tensions peuvent émerger entre la poursuite de finalités explicites et implicites, décalées ou contradictoires. En psychiatrie, cette tension peut se retrouver dans le rôle de l'institution même. Pour le soignant et le patient, l'établissement a pour mission d'accompagner le malade vers un mieux être alors que pour la société ou le politique, il peut s'agir d'isoler des populations problématiques à l'image de certains débats issus de faits divers.

Cette différence de finalités se retrouve également dans la relation de soin au sein de laquelle deux logiques peuvent s'affronter : celle du soignant et celle du patient. A cela, viennent s'ajouter d'autres finalités portées par l'institution. Ainsi, des tensions peuvent émerger et limiter le fonctionnement de l'institution. Aussi, il convient de s'interroger sur la mise en œuvre d'un mode d'organisation, qui une fois structurée, serait à même de limiter ces difficultés.

Pour cela, il convient de s'intéresser à l'éthique du care. Issue d'une étude de psychologie morale menée en 1982 aux Etats-Unis par Carol Gilligan, elle met en évidence « la capacité à prendre soin d'autrui ». L'étude établit une distinction entre les hommes et les femmes dans les critères de décision morale, les femmes préférant notamment la valeur de relation. (85) Plus largement, aujourd'hui, cette notion se retrouve dans différents domaines allant même jusqu'à évoquer « une société du care ». Frédéric Worms considère cette approche du care comme « un apprentissage de la démocratie » tant au niveau interindividuel jusqu'aux relations sociales et politiques. (86) L'idée est de réfléchir à comment acquiescer ce prendre soin. Nathalie Zaccai-Reyners fait référence à l'éthique du care pour influencer l'organisation des institutions. (84) En effet, Joan Tronto, philosophe américaine, a complété la notion d'éthique du care par l'idée de prendre soin de la société et du monde dans lequel nous vivons. Elle poursuit en précisant que l'individu doit être capable de constater et d'évaluer la situation afin d'adopter la posture attendue. Elle appelle cela le « *caring about* » (se soucier de). Elle complète par la nécessité d'assumer la responsabilité de la situation ou « *le taking care of* » (prendre en charge). Elle précise que la démarche prend appui sur une rencontre singulière, appelée « *care giving* » (prendre soin). Enfin, elle termine par la manière de recevoir le soin ; si celui-ci est conforme aux attentes. Elle évoque le « *care receiveing* » (recevoir le soin).

Dès lors, pour influencer sa pratique par l'éthique du care, il est nécessaire de rendre visible cette approche. Joan Tronto évoque l'idée de l'institutionnaliser. Également, elle met en évidence la responsabilité permettant de répondre à autrui à l'image de la conception d'Emmanuel Levinas développée plus haut. Il convient également d'acquiescer des compétences et être en mesure de répondre à la sollicitation. L'éthique du care permet de rendre visible la fragilité et de s'y intéresser. (84) En ce sens, l'éthique du care peut, dans un cadre institutionnel, constituer un mode d'organisation de l'institution.

(84) : Frédéric Worms et al, La philosophie du soin, ed PUF, , 2010, p 252-253, 256, 260, 262

(85) : Agata Zielinski, L'éthique du care. Une nouvelle façon de prendre soin, Etudes, 2010

(86) Frédéric Worms, :Le care et le soin: vers quelle reconnaissance ? Le moment du vivant (III), Esprit, mai 2009,

A titre d'exemple, Nathalie Zaccai-Reyners met en évidence l'importance de structurer au sein des institutions « la circulation de la parole » en prenant appui sur l'éthique du care. (84) Il s'agit de prendre en compte l'ensemble des finalités du soin et permettre aux professionnels et aux patients de s'exprimer. L'institution, dans son organisation, se doit également d'autoriser et d'encourager l'expression de dilemmes pour permettre de les évoquer et soutenir une réflexion à visée éthique. Ces échanges doivent se faire dans une structure facilitatrice rendue possible par l'éthique de la discussion.

La notion d'éthique du care peut être explicitée par une situation singulière rencontrée au sein d'un établissement psychiatrique pour adultes en Martinique. Lors d'une nuit, un soignant a appelé par téléphone interne un patient qui avait appuyé sur l'appel malade. Le soignant, imaginant une plainte somatique, voulait répondre rapidement. Or, il s'avère que le patient souhaitait discuter et n'avait pas de plainte à formuler. Le soignant n'a pas eu la réaction attendue. Il a privilégié une approche clinique du soin là où le patient était en attente d'une approche relationnelle. Comment permettre au soignant d'évaluer la prise en soin ? Comment créer les conditions de discussion permettant d'être attentif aux besoins du patient dans son ensemble et ne pas se limiter à un aspect de la prise en charge ?

· **L'éthique de la discussion**

Par ses activités de soin et son organisation, l'institution génère des situations complexes à l'origine de conflits. La reconnaissance de ces situations, afin de les prendre en considération, constitue un élément déterminant pour impulser une réflexion éthique. Pour autant, encourager « la circulation de la parole » au sein de l'institution de soins n'est pas une chose aisée. Le cadre juridique, symbolisé par la mise en œuvre de nombreux protocoles, particulièrement en psychiatrie, limite la discussion en dehors des instances prévues pour cela. De plus, la structure hiérarchisée d'une organisation rend difficile la spontanéité des échanges.

Pour illustrer l'influence du fonctionnement hiérarchique sur le comportement des individus, on peut citer les résultats de l'expérience de Milgram. Stanley Milgram, psychologue américain, a mené une expérience auprès de 40 personnes en 1963 pour évaluer le degré d'obéissance d'une personne dans un environnement contraint. Un élève était tenu de retenir une liste de mots. Un enseignant, qui était le sujet de l'étude, avait pour mission de vérifier les réponses et d'infliger une décharge électrique en cas d'erreur. Un expérimentateur, représentant l'autorité officielle, était présent pour guider l'enseignant. L'expérimentateur et l'élève étaient tous deux comédiens. Prétendument basée sur la mémoire, il s'avère que l'objet de l'étude était d'étudier la soumission à l'autorité. Malgré le fait d'exprimer sa volonté d'arrêter, le sujet était encouragé à poursuivre l'expérience alors que l'élève simulait des réactions aux chocs électriques. Il s'avère que plus de 65 % des sujets allèrent jusqu'au maximum d'intensité électrique malgré la puissance supposée des chocs infligés. Stanley Milgram explique ces résultats par le passage, pour l'individu, d'un état d'autonomie (en lien avec ses propres critères moraux) à un état agentique (c'est à dire à une action soumise à des règles extérieures). Ainsi, on peut considérer que le contexte organisationnel et un fonctionnement hiérarchique rigide, que l'on peut retrouver au sein notamment d'un établissement de soin, influence le comportement des individus qu'ils soient patients ou professionnels. Cela est particulièrement le cas en psychiatrie, où le cadre de soin et les règles relatives au séjour sont particulièrement restrictives. (87)

Pour poursuivre sur l'influence de l'organisation sur le comportement individuel, on pense à la théorie de la rationalité limitée utilisée en gestion des ressources humaines. Cette théorie, développée par l'économiste américain Herbert Alexander Simon en 1965, énonce que face à un choix, un individu élabore un modèle simplifié de réalité. Il aborde la situation à son niveau et en lien avec ses propres moyens. Herbert Alexander Simon démontre que l'individu a une tendance à privilégier une solution qui a déjà fait ses preuves et qu'il a utilisée dans une situation similaire ; cette solution étant la plus satisfaisant à ses yeux.

(87) : Gilles Paché, Reconfirmant: la mise en garde du psychologue Stanley Milgram, The conversation, 18/11/2020

En matière de gestion de ressources humaines, cette théorie met en avant que l'individu, dans sa prise de décision, est influencé par l'environnement organisationnel et les règles qui s'imposent à lui. Aussi, des jeux d'acteur présents au sein de la hiérarchie organisationnelle participe à limiter le cadre de décision. (88) De ce fait, en établissement de soins, les professionnels peuvent être limités, dans leurs prises de décisions, à des « routines organisationnelles » et influencés par des jeux de pouvoir. Certaines décisions nécessitent une négociation auprès du patient ou de la hiérarchie pouvant en réduire la portée. Les malades en phase de crise peuvent ne pas intégrer cette théorie. Néanmoins, la prise de décision s'inscrit dans une démarche collective et nécessite des ajustements mutuels. Ainsi, on peut imaginer que cette réflexion est à intégrer dans la manière de penser l'organisation et particulièrement dans l'élaboration d'un cheminement éthique.

Outre l'influence de l'organisation sur le comportement individuel, nos décisions sont orientées selon notre propre expérience. Dans *L'erreur de Descartes*, le psychologue Antonio Damasio, en 1994, décrit le lien entre nos émotions et notre prise de décisions. Il explique que l'individu, à travers un processus cérébral, se représente les différentes options qui s'offrent face à une décision à prendre. Ces représentations, qu'il nomme « marqueurs somatiques », génèrent une réaction corporelle positive ou négative liée à nos expériences antérieures. Chaque décision est influencée par ce processus majoritairement inconscient permettant d'effectuer une sélection. Le choix de l'individu va se porter sur l'option qui apporte le plus de satisfaction, en lui accordant une valeur plus importante. (89) Dans ces conditions, un soignant tout comme un patient, en application de ce processus, se voit influencer de manière inconsciente dans sa manière d'opérer son choix pour décider par exemple d'une prise en soin. En psychiatrie, ce modèle comporte des limites pour les malades dans la mesure où leurs capacités cognitives sont altérées et peuvent modifier l'influence de leurs émotions dans leurs prises de décision.

Également, au sein d'un établissement de soin, la multiplicité des statuts renforce cette idée et complexifie les relations entre les personnes. Il s'agit d'évoquer la différence entre le personnel médical, paramédical et administratif.

Pour compléter cette réflexion, en sociologie, il est mis en avant que les rapports sociaux se fondent en priorité sur des valeurs et des normes. Ces dernières sont intégrées par les personnes pour conditionner leurs actions au sein d'un système social. Cette idée, issue de la réflexion du sociologue Talcott Parsons, met en exergue la notion de statut occupé par la personne au sein d'une structure. Dans *The social system*, le sociologue définit le statut comme la place de l'individu dans un milieu social donné. (90) Le statut détermine les droits et devoirs que l'on attend de la part de la personne au sein d'une organisation en référence à un système de normes et de valeurs partagées. Au niveau professionnel, dans le secteur de la santé, le statut définit les contours des interventions de chacun et est strictement encadré juridiquement. Au-delà des éléments juridiques, cette différenciation des statuts est accentuée au sein d'une institution de soin par son fonctionnement. Dès lors, afin de permettre une liberté dans les échanges, notamment dans une réflexion éthique, il est important de permettre d'annihiler l'influence du statut.

En ce sens, Jean Oury, évoquait en 2014, la nécessité de « dissocier le statut, le rôle et la fonction ». Il va jusqu'à définir le rôle comme quelque chose « qu'on ignore soi-même, ce sont les autres qui vous le donnent ». (91) Ainsi, l'organisation de l'établissement doit tenir compte de ce postulat. En effet, il apparaît essentiel de rendre légitime les interventions de l'ensemble des individus concernés qu'ils soient professionnels ou patients.

(88) : LVéronique Chanut, Nathalie Guibert, Jacques Rojot, Pierre-Louis Dubois, Les limites de la rationalité limitée ? Un essai de réflexion en sciences de gestion, 2011, <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2011-8-page-97.htm> consulté le 18/01/2022

(89) : Benoit de La Fonchais, Olivier Koenig, Ce que nos décisions doivent à nos émotions, Pop'sciences mag, hors série 2,2020

(90) : Talcott Parsons, *The Social System*, ed Routledge and Kegan Paul, 1951

(91) : Cynthia Fleury, *Le soin est un humanisme*, ed Tracts Gallimard, 2019, p 26

Contrairement au statut, le rôle peut évoluer selon les situations. Ainsi, il semble opportun de favoriser une démarche interdisciplinaire au détriment d'une approche pluridisciplinaire. Cette dernière permet de favoriser les compétences de chacun, prises individuellement, alors que l'interdisciplinarité favorise une approche globale et décloisonnée. On parle également de transdisciplinarité définie par le psychologue Bernard Claverie comme un élément qui « traverse les disciplines, cherche une vision sur l'Homme entier dans le Monde ». Il s'agit de dépasser ses propres représentations liées à son cadre d'intervention pour accompagner les décisions. En conséquence, se pose la question, au sein de l'institution, de la manière de créer cet espace permettant à chacun de se sentir concerné et investi.

Il s'agit de permettre la construction d'une réponse collective à partir d'une démarche participative et égalitaire. Il est nécessaire pour chacun d'avoir la capacité d'exprimer son opinion sans que l'organisation hiérarchique ne vienne limiter cela. Ainsi, il convient de s'intéresser aux normes à appliquer au sein même de l'espace de discussion mais également, plus globalement, au sein de l'institution.

Pour cela, il convient de s'intéresser à la théorie de la discussion élaborée par Karl-Otto Apel et complétée par le philosophe Jürgen Habermas, en 1987, dans *Morale et communication*. Privilégiant un modèle de société favorisant le vivre ensemble sans recourir à la force, Jürgen Habermas avance que l'ensemble des normes juridiques ne doit pas constituer un instrument de domination au service de rapports sociaux inégaux. Au contraire, il propose un modèle de discussion entre les individus, membres de la société, qui participeraient à l'évolution du projet commun.

Précisément, il conceptualise une théorie de la discussion prenant en considération que l'argument d'autorité n'est pas recevable et qu'il est nécessaire que l'ensemble des interlocuteurs aient accepté la recevabilité des arguments en présence.

Pour cela, il propose un principe de discussion, appelé D qui constitue une condition nécessaire pour valider une norme. Ainsi, il écrit « une norme ne peut prétendre à la validité que si toutes les personnes sont d'accord (ou pourraient l'être) en tant que participants à une discussion pratique sur la validité de cette norme ». Autrement dit, le caractère moral ou valide de la norme, censée être évoquée au cours de la discussion, émane de l'accord des individus présents.

Il complète sa démonstration par la mise en œuvre d'un deuxième principe, dit d'universalisation ou U. Il écrit que « toute norme valable doit donc satisfaire la condition selon laquelle : les conséquences et les effets secondaires qui proviennent du fait que la norme a été universellement observée dans l'intention de satisfaire les intérêts de tout un chacun peuvent être acceptés par toutes les personnes concernées ». Cela signifie qu'un argument justifiant le respect d'une norme doit être accepté par l'ensemble des participants pour être valable.

Il évoque enfin l'exigence « d'argumentation réelle à laquelle, participent en coopération les personnes concernées ». (92)

La théorie de la discussion proposée par Jürgen Habermas exige, pour être valide, le respect de règles permettant de dépasser, les écueils mis en évidence au sein d'une institution de soin. Laurent Jaffo, à partir de l'analyse des réflexions d'Habermas, pose trois règles nécessaires pouvant être utilisées dans le cadre de discussion. Premièrement, aucun individu ne peut être exclu de la discussion, chacun pouvant y prendre part. Ensuite, l'ensemble des interlocuteurs peut exprimer son point de vue de manière égale. Enfin, ces deux règles doivent être appliquées à tout moment de la discussion et ne peuvent être suspendues par une autorité quelconque. (93) Ainsi, ces règles peuvent constituer un cadre de base préalable à la mise en œuvre d'une démarche de réflexion.

(92) : Jürgen Habermas, *Morale et communication*, ed CERF, , 1986

(93) : Laurent Jaffo, Habermas et le sujet de la discussion, , 2001, extraite de <https://www.caim.info/revue-cites-2001-1-page-71.htm> consulté le 14/02/2022

L'exemple illustrant cette théorie se situe en Guyane au sein d'un centre médicalisé pour enfants en situation de polyhandicap. Dans le cadre du projet de l'enfant, un encouragement pour la scolarisation en milieu classique est favorisé. Dès que cela est possible, un accueil à l'école est organisé. Or, dans une situation, la famille s'y oppose catégoriquement et violemment. Elle ne souhaite pas que son enfant puisse aller à l'école. L'équipe est sous le choc et ne comprend pas la position de la famille allant même jusqu'à considérer que cela constitue une négligence. Cela impacte l'accompagnement de l'enfant. Les représentations de l'école pour l'équipe (la socialisation, l'ouverture sur l'extérieur) sont en totale opposition avec celles de la famille (stigmatisation, deuil d'un apprentissage classique). Une rencontre, avec un intervenant extérieur, a été organisée afin de dépasser ce conflit. L'objectif a été de construire un dialogue où chacun a pu exposer ses arguments. Les professionnels ne devaient pas être considérés comme détenant le savoir et la famille comme des personnes en opposition à toute proposition parce qu'il était difficile de vivre la situation de polyhandicap.

L'institution de soin constitue un espace au sein duquel, des enjeux éthiques sont présents. Elle se doit, par son organisation et son fonctionnement, d'être bienveillante à l'égard des malades et des professionnels dans le cadre du soin institutionnel. Elle doit favoriser une approche vertueuse du soin et permettre de créer des lieux de discussion dépassant les contraintes hiérarchiques.

Pour autant, même si comme l'évoque Simone Korff-Sausse, « les pratiques institutionnelles peuvent revêtir les habits respectables de la théorie et de la réflexion éthique », il n'en demeure pas moins que construire une telle démarche n'est pas simple. (94)

Réfléchir aux enjeux éthiques posés par l'accompagnement du patient en psychiatrie ou issus de l'acte de soin mené par le soignant, ne suffit pas à constituer une démarche éthique. Il semble essentiel de maintenir ce que Cynthia Fleury nomme « ce regard critique sur le fonctionnement des organisations et des institutions, afin qu'elles puissent continuer de rénover leurs pratiques et élaborer le meilleur soin possible pour les soignés et les soignants ». (95)

Ainsi, il convient de définir « le meilleur soin possible ». Pour cela, s'appuyer sur les réflexions de soignants et de représentant de patients, pour proposer une démarche répondant au mieux aux enjeux éthiques identifiés tout comme aux problématiques de terrain, apparaît comme un élément pertinent.

Partie 2- Matériel d'étude et méthode

La mise en confrontation du cadre juridique des établissements de santé psychiatrique et des concepts éthiques analysés met en évidence une dichotomie. En effet, la loi détermine un mode de fonctionnement précis qui se confronte aux différents enjeux éthiques que l'on retrouve dans les situations de soins. La réflexion éthique doit permettre de dépasser ce clivage pour accompagner les équipes et faire évoluer la prise en soin des personnes accueillies.

Ces éléments permettent de définir la problématique ainsi : « Comment, au sein d'un établissement de santé psychiatrique, élaborer une réflexion éthique, obligatoire de par la loi, pour répondre aux situations de soins complexes et créer une cohésion institutionnelle ? »

Il apparaît pertinent de s'intéresser à la vision de professionnels de terrain, confrontés au quotidien, à cette difficulté de concilier le cadre juridique et les enjeux éthiques, dans un souci de

(94) :Frédéric Worms et al, La philosophie du soin, ouvrage collectif, ed PUF, , 2010, p 59

(95) : Cynthia Fleury, Le soin est un humanisme, ed Tracts Gallimard, 2019, p 28

proposer une prise en soin de qualité. Le point de vue d'un représentant de patient est pertinent à interroger.

A-Objectif de l'étude

Dans l'étude menée, l'objectif est de préciser d'abord les enjeux éthiques auxquels sont confrontés les professionnels soumis à la réglementation. Dans un second temps, les résultats obtenus doivent permettre de mieux définir les modalités d'organisation des réponses à apporter qui sont constitutives d'une réflexion éthique. Il s'agit d'interroger les valeurs éthiques, soulever les difficultés rencontrées et les solutions envisagées qui ont ou auraient permis de réduire les tensions existantes.

Pour ce faire, une analyse sera menée auprès d'un échantillon de professionnels de soins du secteur de la santé, en 2022, issus de différents établissements répartis sur l'ensemble du territoire national. L'échantillon sera complété par un représentant d'usagers. A partir de cette étude, une proposition d'outils spécifiques d'aide à la décision sera élaborée tenant compte des principes éthiques pour faire évoluer l'organisation de l'établissement.

Ce système doit rendre autonome les équipes, donner du sens à la relation soignant-soigné et donner du sens au rôle de direction. La réflexion éthique proposée pourra créer une cohésion institutionnelle prenant appui sur des valeurs partagées communes. Plus largement, cette réflexion doit constituer un outil de sensibilisation de l'ensemble des acteurs de l'institution aux questionnements éthiques. Enfin, dans le cadre de situations de soins difficiles, la réflexion éthique peut permettre d'offrir une aide à la décision.

B- Méthodologie

La méthode de recherche repose sur la réalisation d'entretiens basés sur une approche sociologique. Il s'agit d'utiliser les méthodes sociologiques compréhensive de l'entretien pour permettre aux personnes interrogées d'évoquer les situations vécues et réfléchir à leur côté sur les modalités de résolution qui auraient pu être envisagées. Cela permet d'utiliser les récits d'expériences comme support de réflexion. (96) Une grille d'entretien semi-directif a été élaborée pour reprendre les différents éléments relatifs à la question de recherche.

· **Population de l'étude**

Le choix s'est porté sur un échantillon de six professionnels du secteur de la santé représentant différents métiers. Une majorité d'entre eux (4 personnes sur 6) est issue du domaine de la psychiatrie pour prendre en considération leurs problématiques spécifiques. De plus, il a été fait appel à deux professionnels issus de secteurs à forts enjeux éthiques mais non expérimentés en psychiatrie afin d'analyser les modalités de réflexion dans d'autres secteurs pouvant être déclinées en psychiatrie. Un directeur d'établissement, expérimenté en éthique, a été sollicité pour objectiver la mise en œuvre de la réflexion. Enfin, une présidente d'association d'usagers a été sollicitée pour recueillir son approche ainsi que les besoins repérés en matière d'éthique. Un tableau de synthèse reprenant les caractéristiques des personnes interrogées se trouve en annexe.

-Catégories professionnelles et spécialités : une infirmière en cours de formation infirmier de pratique avancée (IPA) expérimentée en psychiatrie adulte, un médecin pédopsychiatre, une cadre de santé expérimentée en psychiatrie adulte, une sage-femme intervenant en salle de naissance, une psychomotricienne expérimentée en gériatrie et en petite enfance, une directrice d'établissement

(96) : Pascal Fugier, Les approches compréhensives et cliniques des entretiens sociologiques, Revue pluridisciplinaire de sciences humaines et sociales, Interrogations, 2010

expérimentée en psychiatrie adulte et une présidente d'association d'usagers gérant des dispositifs d'accompagnement. Les professionnels appartiennent à des structures privées ou publiques, de statuts et tailles divers.

- **Élaboration de la grille d'entretien**

La grille d'entretien a été rédigée pour permettre d'aborder la notion d'éthique dans le soin et en préciser les représentations. Ensuite, il a été question d'identifier des problématiques éthiques rencontrées dans la pratique quotidienne et leurs résolutions en tenant compte d'une éventuelle participation à une démarche éthique. Enfin, l'idée a été de proposer une réflexion pour envisager des outils d'aide à la décision à mettre en œuvre. La grille d'entretien a été testée avant d'être utilisée et se trouve en annexe. Elle regroupe 8 questions permettant d'aider la personne à cheminer dans sa réflexion et a été envoyée en amont aux personnes interrogées afin qu'elles puissent en prendre connaissance.

- **Déroulement des entretiens**

Les entretiens ont tous été organisés sur le même principe. En premier lieu, les personnes ont reçu par mail le questionnaire en amont pour lire les questions et commencer à réfléchir aux thèmes. Ensuite, les entretiens ont démarré par l'objet de l'étude, le contexte et les objectifs. Ils se sont poursuivis par la présentation de la personne interrogée. Enfin, les questions ont été abordées en prenant soin d'interagir sur les réponses apportées par la personne interrogée.

Dans l'ordre, les personnes ont été invitées à préciser leur perception de l'éthique dans les soins et l'expérience qu'elles en avaient (questions 1 et 2). Ensuite, il était question d'aborder les enjeux éthiques régulièrement rencontrés dans la pratique quotidienne pour les mettre en lien avec ceux repérés dans l'analyse de la littérature (question 3). Par la suite, il a été abordé la confrontation à des problématiques éthiques et leurs modalités de résolution en tenant compte d'une éventuelle participation à une démarche éthique (questions 4, 5 et 6). Enfin, la discussion a porté sur les possibilités à mettre en œuvre, qui seraient utiles dans le cadre d'une réflexion éthique (question 7). Pour conclure, la personne était invitée à compléter les réponses ou aborder des éléments non traités durant l'entretien (question 8).

- **Retranscription des entretiens**

Les entretiens ont été organisés entre le 1^{er} mars 2022 et le 1 juin 2022. Quatre entretiens ont été réalisés sur site et trois entretiens ont été menés en visioconférence. Ils ont tous été enregistrés, après accord des participants, et transcrits intégralement. Les verbatims sont en annexe.

- **Analyse des entretiens**

Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse détaillée en deux temps. Premièrement, il s'agissait de faire le lien entre les enjeux éthiques repérés et ceux identifiés comme principaux par les professionnels. Deuxièmement, il a été question de structurer les propositions faites pour améliorer la réflexion éthique et les rapprocher d'exemples d'outils déployés au sein de différentes organisations.

Partie 3- Résultats

A- La perception de l'éthique dans le soin : des enjeux spécifiques ?

· Une difficile définition de la réflexion éthique

Au moment des réponses, il ressort l'expression d'un doute sur la teneur des propos. Certains évoquent « une manière simple et naïve » de répondre ou encore une vision « affranchie des codes académiques ». Plus précisément, les professionnels tout comme la représentante des usagers, évoquent une notion éloignée des pratiques et des problématiques de terrain. Cette caractéristique est confirmée par l'entretien avec la directrice d'établissement qui met en avant des difficultés de compréhension par les professionnels des services sur les objectifs poursuivis par l'instance éthique.

La réflexion éthique est perçue comme une notion complexe aux contours variables. Trois professionnels sur six ont suivi un enseignement en éthique au cours de leur cursus. Les professionnels font référence au droit, à ce qui est permis ou encore à la déontologie pour évoquer la notion d'éthique. Intervient également la subjectivité du soignant. Le fait de tenir compte de l'avis du patient est essentiel. Il s'agit de confronter la réglementation, le fonctionnement de l'établissement ou du service à la volonté du patient. Les professionnels énoncent que la réflexion éthique doit aider le soignant à se positionner au sein de ce nœud que constitue la prise en soin. Lors des exemples cités au cours des entretiens, il apparaît différents cas de figure pour structurer la prise de décision. En fonction du type de soin, la réglementation dominera la prise de décision (soins sans consentement ou les contentions par exemple). A l'inverse, la décision pourra être orientée par l'application systématique d'un protocole au sein du service (appel à la police systématique lors des admissions pour des soins sans consentement). Enfin, le désir du patient peut guider le fonctionnement de l'équipe (respect de la vie sexuelle en unité Alzheimer). Il ressort que la réflexion éthique naît de ces décisions qui ne sont jamais complètement satisfaisantes. Dans toutes les situations, la réponse apportée pose question et interroge les pratiques. Le fait de ne pas s'interroger suscite un questionnement également. Les réponses proposées font référence à des notions subjectives, à des pratiques et à des expériences. Il est fait référence par les professionnels à la notion de bien et de mal sans préciser qui définit ce que contiennent ces notions et quel point de vue on adopte. Il a été nécessaire de faire préciser s'il était fait référence à la vision du soignant, du patient ou de l'institution. L'image que l'on retrouve dans la plupart des entretiens est que l'éthique semble être pratiquée au quotidien, face aux situations de soin, sans pour autant le dire, ni en avoir vraiment conscience. La notion d'éthique renvoie à un corpus de connaissances utilisé par quelques initiés. L'ouverture à des références philosophiques, sociologiques ou anthropologiques renforcent cette idée tout particulièrement chez la représentante d'usagers. On ressent l'idée de problématiques éloignées du terrain que vivent les professionnels.

Ces éléments mettent en avant la nécessité de définir, au sein d'un établissement, les éléments relatifs à la réflexion éthique. Il est essentiel de préciser les objectifs, ce que cela signifie. Cette définition est indispensable et doit prendre appui sur le fonctionnement interne de l'établissement. Pour autant, elle ne doit pas être figée. Elle doit pouvoir évoluer et être adaptée. La représentante des usagers met en avant l'intégration possible des usagers mais cela peut se heurter à des difficultés de compréhension.

· Des enjeux éthiques omniprésents dans la pratique quotidienne

On retrouve l'idée, comme évoqué lors d'un entretien, que « l'éthique est pratiquée sans utiliser le mot ». Le vécu de situations douloureuses est mis en avant systématiquement pour évoquer la notion d'enjeu éthique dans le soin. Il y a de la violence pour le patient ou pour le soignant. Pour certains professionnels, des années après avoir vécu une prise en soin difficile, ils ont la capacité à l'explicitier de manière détaillée. Elle est ancrée dans leur mémoire. Les émotions sont encore

présentes notamment pour les situations pour lesquelles il n'y pas eu de réponse adaptée ou de réaction de la part du service ou de l'institution au moment des faits. Les échanges font mention d'enjeux éthiques forts, dans lesquels la sécurité du patient et du service est clairement en jeu. Les situations de violence, touchant la sensibilité des soignants, sont majoritaires. La perception de l'enjeu éthique se trouvent dans des événements de survenue soudaine pour lesquels le soignant n'est pas préparé. D'un coup, il doit faire face à une situation de rupture, réagir rapidement sans avoir nécessairement le temps de réfléchir aux options qui s'offrent à lui. Avec le recul, les soignants interrogés mettent en avant qu'aujourd'hui, si la situation se présentait à eux à nouveau, ils réagiraient différemment. Leurs points de vigilance changeraient. Ils soulignent la volonté d'en tirer les leçons et éviter qu'une telle situation se représente. Pour autant, la plupart évoque l'absence d'espace au sein duquel la situation aurait pu être traitée. Cela signifie que le questionnement éthique est formateur et fait évoluer la pratique de soins. Au fil des discussions, en posant des questions, il apparaît des enjeux éthiques plus subtils. Au quotidien, le fonctionnement du service, la circulation de la parole et les modalités de communication sont identifiés comme des enjeux éthiques. La difficulté à prendre du recul sur les situations vécues au quotidien sont perçues comme des éléments de réflexion éthique. Pour cela, il a été nécessaire de reformuler ou rebondir sur les propos tenus par les personnes interrogées pour développer leur propos et dépassait l'idée que la réflexion éthique n'interviendrait uniquement que dans les situations dangereuses et violentes.

De plus, paradoxalement, les principes éthiques sont cités dans la quasi-totalité des entretiens lorsque les personnes sont interrogées sur leurs connaissances relatives à l'éthique. Il est fait mention du respect du principe d'autonomie, du respect du principe de non-malfaisance, du respect du principe de bienfaisance ou bienveillance et du respect de justice. Pour autant, au moment de la description des situations à enjeux éthiques, la dimension émotionnelle est mise en avant. Il n'est pas fait mention de ces principes pour expliciter la situation. Le lien entre la théorie et la pratique n'est pas fait automatiquement. Les références sont justes, c'est-à-dire que le soignant identifie clairement les difficultés mais n'arrive pas à se défaire du caractère émotionnel et proche de l'événement. Il apparaît nécessaire, d'intégrer, dans la réflexion éthique, cette caractéristique. Il est important de déconnecter l'événement pour prendre le recul nécessaire. La manière de saisir d'une instance éthique doit tenir compte de cela. A plusieurs reprises, il a été intéressant de demander aux professionnels interrogés de formuler à nouveau ou de préciser un détail sur la situation qui aidait à la compréhension du récit et qui devait être intégré à la démarche réflexive. Il convient d'être suffisamment précis mais également permettre aux soignants de situer le contexte (moment, lieu, date...). Aussi, il est important de ne pas limiter la saisie d'une instance aux seules situations traumatisantes. Il est nécessaire de permettre d'interroger des modalités de fonctionnement quotidiennes ou des pratiques déviantes.

Aussi, il est utile d'essayer d'identifier des récits fantasmés. Il ressort des entretiens l'idée que l'événement est venu rompre l'équilibre du service. Pour certains, il y a l'image d'un avant et d'un après. Finalement, au cours de la discussion, on sent que le questionnement s'est fait progressivement et que plusieurs situations ont fait évoluer les pratiques soignantes.

Ils relatent les événements tels que vécus, dans lesquels le soignant a le pouvoir et a la capacité d'agir. Un sentiment de culpabilité semble être présent systématiquement dans les récits évoqués. Or, en détaillant, les conditions de survenue, il ressort différents éléments sur lesquels le soignant ne peut agir. La réflexion éthique doit aider à contextualiser, rappeler les éléments en présence et amener le soignant à interroger sa pratique sans pour autant remettre en cause son investissement professionnel. Enfin, les soignants interrogés évoquent la nécessité de réponses adaptées au fonctionnement du service et aux problématiques rencontrées.

B- Les modalités de réponses aux tensions éthiques : être concret ?

- **Des réponses présentes mais insatisfaisantes**

Au cours des entretiens, les personnes interrogées font part de différents types de réponses face aux situations vécues. Seuls deux professionnels évoquent la connaissance d'une instance éthique au sein de leur établissement. Pour le médecin, l'instance éthique n'est pas adaptée aux problématiques rencontrées. Elle considère que les particularités de la psychiatrie ne peuvent être traitées dans une instance généraliste et les conditions de fonctionnement ne sont pas explicites. Pour autant, il ressort également des problématiques institutionnelles renforçant cette idée. Pour la psychomotricienne, l'instance éthique existe mais n'est pas accessible. Cette dernière est réservée aux membres sans possibilité de saisie directe. L'organisation apparaît hiérarchisée empêchant une saisie élargie. Ces éléments sont issus de la compréhension des professionnels des modalités de fonctionnement de l'instance éthique.

Pour les autres catégories, il est fait mention de l'absence de connaissance sur l'existence ou non d'une instance. Celle-ci étant obligatoire et vérifiée dans le cadre de la certification, il semble imaginable qu'une instance existe, notamment au sein des établissements de santé conséquents dans lesquels certains professionnels exercent ou ont exercé. Se pose clairement la question de la communication et de l'accès à une instance éthique.

Par ailleurs, les professionnels évoquent des réponses différentes en fonction des situations. Pour l'IDE, face à une situation particulièrement difficile, la réponse a été de demander la tenue d'une réunion spécifique. Pour la psychomotricienne, le recours à un psychologue extérieur a été nécessaire. Pour la sage-femme, l'échange entre pairs a été une solution. Les professionnels évoquent l'importance de questionner, en groupe, les pratiques ou les difficultés rencontrées. Ils mettent en avant le fait d'être démunis face aux situations. La conséquence est de devoir trouver une solution alternative, non institutionnalisée, pour permettre la tenue d'une discussion.

La plupart des professionnels interrogés mettent en avant l'analyse de la pratique professionnelle comme outil éthique. Pour autant, bien que nécessaire, particulièrement en psychiatrie, l'objectif de ce type de réunion n'est pas d'articuler une réflexion éthique. Or, les professionnels identifient cet espace comme une instance éthique. Certes, les problématiques abordées relèvent de questionnement éthique. Néanmoins, les réponses apportées ne sont pas constitutives d'une démarche de réflexion éthique. Ce type de réunion contribue à la dynamique de réflexion éthique nécessaire sans pour autant constituer à elle seule une instance éthique. Il apparaît une confusion au niveau de la compréhension des objectifs poursuivis par la démarche éthique.

L'existence de réunions au sein des services de soin ; qu'il s'agisse de temps de relève (évoqué par la psychomotricienne), de réunions informelles (évoquée par l'IDE) ou de réunions institutionnelles (évoquée par le médecin et la cadre de santé) ; constitue des temps au cours desquels la réflexion éthique est abordée. La discussion peut être amorcée et les décisions partagées. Pour autant, ce fonctionnement ne satisfait pas les professionnels (à l'exception du médecin, qui en tant que chef de service, y aborde de nombreuses thématiques). Il est constaté que ces échanges ne sont pas formalisés (il n'y a pas nécessairement de compte-rendu) ; les réponses apportées ne semblent pas toujours adaptées ou partagées pour être appliquées. Les professionnels ont la possibilité de faire part de leurs difficultés et questionnements éthiques en lien avec le fonctionnement du service. Cependant, il n'y a pas de structure éthique permettant de développer la réflexion. Il n'est pas fait mention d'outil d'aide à la décision pour soutenir la démarche réflexive. Enfin, à aucun moment, le patient est associé à ces dispositifs.

Les éléments relatifs à la temporalité sont évoqués au cours des entretiens pour aborder la question éthique. En effet, les soignants interrogés considèrent que la réflexion éthique, pour se mettre en œuvre, prend du temps. Il est fait mention des différentes temporalités intervenant dans le processus de soin. En premier lieu, la temporalité du soignant. Il ressort que le soignant manque de temps pour élaborer le soin, susciter la participation du patient et arriver à expliciter totalement son consentement. Cela est particulièrement présent dans les services de soins non programmés (évoqué par la sage-femme notamment). Lorsque le soignant doit gérer plusieurs situations, en l'absence de l'effectif nécessaire, il est difficile de créer du lien avec le patient, situation source de questionnements éthiques. Ensuite, la temporalité du patient est mise en avant : ce qu'il comprend de la pathologie ou le rythme des soins imposés par le soignant différent de celui des patients. Ce décalage pose question. Enfin, la

temporalité de l'institution : le temps dédié aux réunions et les espaces prévus pour cela interrogent les soignants rendant difficiles le partage d'expériences.

· **Des attentes précises**

Les entretiens ont été l'occasion d'aborder les attentes des professionnels et usagers en matière d'éthique. Il a été pertinent de faire intervenir ces questions en fin d'entretien, après avoir réfléchi aux questions éthiques et aidé à la reformulation ou en apportant des précisions. Il ressort que les attentes formulées sont plutôt homogènes et précises.

En premier lieu, une nécessité apparaît: « incarner l'éthique ». L'idée évoquée, à plusieurs reprises, est que la réflexion éthique doit être portée par l'institution et tout particulièrement par l'encadrement. La cadre de santé et la directrice d'établissement affirment cette idée. En effet, si le questionnement éthique n'est pas mis en avant et organisé ; celui-ci ne pourra pas exister. La volonté ne suffit pas ; il est essentiel d'en faire une valeur de l'institution. Le questionnement éthique ne doit pas obéir à une volonté d'affichage et doit être suggéré régulièrement.

Dans un second temps, l'existence d'une instance nommée « éthique » est essentielle. Il ressort la nécessité de s'affranchir des codes institutionnels, à l'image « du pas de côté ». Cette instance doit abolir les liens hiérarchiques, faciliter la libre circulation de la parole et constituer un soutien. La pluridisciplinarité et le partage de décisions sont déterminants. La mise en œuvre d'une instance doit être ouverte, se réinterroger et prendre appui sur les expériences de terrain. Il est question d'évoquer des éléments concrets et du quotidien. L'apport théorique doit être limité. Les décisions doivent être individuelles et expliquées. L'instance doit avoir la capacité de se renouveler et d'évoluer en fonction de l'organisation. Cela a été évoqué notamment dans le cadre de l'épidémie de COVID par les professionnels. Des questionnements éthiques nouveaux sont apparus au sein des établissements face auxquels les soignants n'ont pas eu de réponses satisfaisantes. Cela signifie qu'il est essentiel de faire en sorte que l'instance éthique ait la capacité de s'adapter au contexte.

Troisièmement, le recours à la formation des professionnels est mis en avant. L'idée de se former spécifiquement à l'éthique n'apparaît pas comme essentielle. Pour autant, la participation à des formations « cliniques » pour mieux connaître les pathologies pour mieux y répondre semble être une condition déterminante. Il est souhaité de développer les connaissances autour des pathologies notamment pour comprendre les réactions des patients, leurs demandes ou encore les conséquences. Mieux identifier les symptômes constitue aussi un élément recherché. L'objectif proposé, est qu'en maîtrisant mieux la dimension clinique, il sera plus facile d'anticiper certaines situations. Le questionnement éthique se ainsi trouve renforcé. L'IDE, en formation d'IPA, évoque cette idée. Aussi, la cadre de santé met en avant des formations « flash » autour d'un symptôme ou une pathologie ciblée sur des temps rapides et adaptés.

Enfin, pour les professionnels de la psychiatrie, la question du recours à d'autres références ressort. L'IDE met en avant la nécessité d'intégrer dans la réflexion éthique, pour répondre aux situations de soins, de s'adapter au contexte culturel. L'approche mise en place doit tenir compte des éléments de vie du patient, particulièrement en psychiatrie. La cadre de santé et le médecin font référence à l'ethnopsychiatrie comme soutien pertinent à la démarche de soin. Cette idée vient servir la réflexion éthique pour nourrir les décisions et apporter des explications complémentaires face à des situations de soins sources de questionnements.

Les résultats, issus des échanges avec le groupe de professionnels, clarifient l'organisation à envisager pour construire une réflexion éthique adaptée aux besoins de chacun.

Partie 4- Une réflexion éthique au service de l'organisation de l'établissement

· Définition de la réflexion éthique

Définir ce que l'on entend par réflexion éthique n'est pas une chose aisée. La loi laisse une grande liberté à l'institution pour imaginer ce qu'elle souhaite favoriser. Les professionnels de soins et le représentant de patient mettent en avant la nécessité de l'existence d'une telle démarche sans pour autant en avoir une idée précise.

La création d'espaces de réflexion éthique trouve son origine au sein d'établissements hospitaliers. Au préalable, en 1983, en France, est créé un comité consultatif national d'éthique (CCNE) en réaction à la naissance du premier bébé par fécondation in vitro. Ses attributions ont été précisées et renforcées depuis sa création. La loi de bioéthique du 06/08/2004 est venue confirmer l'existence des espaces de réflexions éthique. Ainsi, sont créés les Espaces de Réflexion Ethique Régionaux (ERER). En 2012, leur fonctionnement évolue et une ouverture au domaine médico-social s'opère. Pour autant, au niveau de chaque établissement, les modalités d'organisation restent à déterminer.

La réflexion éthique n'est pas l'application d'une somme de règles et de procédures quelquefois contradictoires. Elle ne consiste pas à apporter des réponses préétablies à des situations données. Elle interpelle la manière de penser le soin et d'agir. En cela, elle interroge la posture du soignant et du patient au sein de l'institution. Il s'agit de créer des conditions permettant des échanges sur le sens que prend la maladie au sein d'un parcours de vie singulier.

Cependant, la seule existence d'une démarche éthique ne garantit pas sa légitimité et sa stabilité. En effet, comme l'évoque Dominique Folscheid, dans *Les démons de l'éthique*, « l'histoire de la réflexion éthique montre que (...) l'éthique nous apparaît constamment menacée de perversion et de subversion ». (98) Il est donc important de s'assurer et de partager les objectifs d'une telle démarche. Elle doit s'inspirer de l'histoire et de la culture de l'institution. Une vigilance doit être apportée afin que la démarche ne renvoie pas les soignants et les malades à leurs propres difficultés. Au préalable, il apparaît indispensable d'afficher et partager la volonté institutionnelle d'établir et faire vivre une telle démarche. En effet, les personnes interrogées soulignent le lien étroit entre la politique de l'établissement, portée notamment par le directeur en tant que garant du projet d'établissement, et le déploiement de la réflexion éthique. Celle-ci doit figurer dans le projet d'établissement et faire l'objet d'une déclinaison « pratique » et « symbolique » dans l'organisation de la structure.

Dans le dictionnaire européen des philosophies, l'éthique est définie comme « un lieu familier de regroupement ». (99) Il s'agit de créer « ce lieu », à la fois théorique et pratique, tenu de promouvoir l'éthique à tous les niveaux de l'institution et capable de faire réfléchir et d'accompagner la prise de décision. En perpétuel mouvement et attentif aux évolutions du contexte de soin, cet espace doit pouvoir s'ajuster et se renouveler régulièrement. Ni clos, ni figé, se pose alors la question de déterminer son mode d'élaboration pour permettre « de rendre habitable le réel » comme l'évoque Cynthia Fleury pour suggérer les objectifs du soin. (100)

(98) : Dominique Folscheid, *Les démons de l'éthique*, éditions universitaires, 1995, p 10

(99) : Barbara Cassin, *Morale/Ethique*, Dictionnaire européen des philosophies, ed Seuil/ Le Robert, 2004, p 820

(100) : Cynthia Fleury, *Le soin est un humanisme*, éd Tracts Gallimard, 2019, p 11

A- La conceptualisation d'outils singuliers d'aide à la décision pour constituer une démarche réfléchie et ajustée pour les professionnels

1- La nécessaire mise en œuvre d'une instance éthique

Afin de matérialiser la réflexion éthique, il ressort des entretiens avec les professionnels qu'il est nécessaire d'instaurer une instance éthique. Pour autant, il ne s'agit pas de sanctuariser la démarche qui resterait l'apanage d'un petit nombre d'initiés au sein d'un organe supplémentaire. L'objectif est de créer un espace disposant de moyens organisationnels et humains adaptés au fonctionnement de l'institution et répondant aux attentes des professionnels et des usagers.

Pour cela, il est impératif que la démarche créée obéisse à certaines règles pour dépasser plusieurs écueils et éviter de devenir une instance supplémentaire à visée théorique et déconnectée de la réalité de l'institution. Pour ce faire, la proposition a pris appui sur les règles issues des récits d'expérience et des remarques formulées par les professionnels. Également, le fonctionnement de la procédure collégiale dans les situations de limitation ou arrêt de traitement peut constituer une source d'inspiration. (101)

· **Conditions de création de l'instance éthique**

Le premier enjeu est la dénomination de l'instance. En effet, les échanges avec les professionnels font apparaître une variété d'appellations pour qualifier la réflexion éthique. Bien souvent, la dénomination retenue est en lien avec la volonté affichée. Ainsi, on retrouve par exemple les appellations « espace, cellule, commission, conseil ou encore groupe » pour évoquer l'instance éthique. On peut retenir la notion de « groupe de réflexion éthique » qui semble réunir les objectifs recherchés parmi lesquels on relève l'idée de se réunir à plusieurs pour étudier une question. Les personnes présentes sont animées par la même intention. Cette dénomination permet d'estomper le caractère fermé de l'instance que l'on retrouve dans la notion de commission. Également, elle favorise un aspect dynamique là où le terme cellule rappelle le caractère urgent. Enfin, le terme de groupe limite la solennité que l'on pressent dans la notion de conseil et rend imaginable ce qui s'y passe contrairement à la notion d'espace. Une fois nommé, se pose la question de la composition du groupe de réflexion éthique.

Comme évoqué, il est essentiel de garantir une représentation pluridisciplinaire des professionnels de la structure. Pour cela, il s'agit, sur la base du volontariat, de permettre à différentes catégories de professionnels issus de plusieurs services et équipes de prendre part au groupe. L'idée est d'établir une liste de personnes susceptibles de participer comprenant au moins 10 personnes. Cette liste sera affichée. Ces personnes seront initiées à la démarche de réflexion éthique. Pour autant, elles ne participeront pas à l'ensemble des réunions mais seront mobilisées régulièrement. La création d'un groupe plus important peut permettre de palier à certaines difficultés liées aux absences de personnel, au traitement de situation d'urgence ou encore privilégier certaines compétences. Afin de faciliter les échanges et les discussions, compte tenu de la taille de l'établissement, un groupe de 6 à 8 personnes paraît être le nombre adéquat lors des réunions du groupe. Compte tenu des questions régulièrement abordées, une présence médicale est requise. La moitié des membres seront membres de droit parmi lesquels un représentant d'usagers pour une durée déterminée pour permettre de garantir une stabilité

(101): Décret n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie et au recours à la sédation profonde et continue prévus par la loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, JORF n°0028 du 3 février 2016

et une continuité dans les discussions. Ainsi, en fonction des thèmes abordés, il sera possible de faire appel à des participations extérieures ponctuelles pour mobiliser certaines compétences spécifiques telles que la philosophie ou le droit. En effet, selon la sensibilité des situations questionnées, cet éclairage extérieur pourra apaiser les débats et permettre de mieux les situer dans leurs contextes.

· **Organisation de l'instance éthique**

Il apparaît essentiel de proposer un règlement de fonctionnement du groupe partagé par les participants et connu par l'ensemble des acteurs de l'institution. Préciser qui participe, dans quelles conditions, à quel moment et dans quels buts, doit permettre de situer l'action du groupe de réflexion éthique à l'image de la théorie de la discussion de Jurgen Habermas développée en première partie. Le groupe de réflexion éthique ne devra pas être une instance de représentation du personnel ou des usagers, ni un lieu de doléances ou une réunion d'équipe. Il sera rappelé la différence entre un groupe d'analyses de pratiques professionnelles et un groupe de réflexion éthique. Il s'agit de définir les limites d'intervention. La directrice d'établissement a mis en avant cette nécessité. Les réflexions émanant du groupe viennent éclairer la décision, interroger et faire évoluer une pratique ponctuelle tout comme des pratiques installées. Il n'a pas vocation à prescrire ou ordonner ; ni à évaluer un soin. Ce règlement, bien que validé, doit rester évolutif, en lien avec le contexte. En termes de responsabilité du groupe, il ressort que la notion de coordination semble la plus adaptée. Il n'est pas nécessaire de nommer un responsable. Une personne assurera des missions de coordination : fixer l'ordre de jour, s'assurer de la bonne circulation des informations, mobiliser les outils adéquats, rédiger un compte-rendu...

Les modalités de saisine doivent être précises. Une auto-saisine par un des membres sera possible. Néanmoins, la saisine sera ouverte à tous (professionnels, représentants d'usagers) par écrit via un formulaire spécifique. La saisine directe par les patients pourra être proposée comme un axe de réflexion mais ne sera pas prévue au démarrage afin d'éviter de générer de la confusion. Un comité restreint composé de 3 membres du groupe sera chargé d'analyser trimestriellement les demandes afin de confirmer la problématique éthique à traiter. Ce comité sera composé d'un médecin, un soignant et un non soignant. Si la demande ne concerne pas le groupe éthique, le demandeur sera adressé au bon interlocuteur. Une modalité de saisie en urgence sera prévue par une sollicitation directe auprès d'un membre. Les réunions de groupe seront prévues trimestriellement.

· **Missions de l'instance éthique**

Les réunions seront organisées en deux temps : traitement des demandes issues de situations cliniques et réflexion thématique. Pour traiter les demandes, un rapporteur connaissant particulièrement la situation par sa fonction ou son expérience, sera nommé pour présenter la ou les problématiques soulevées ainsi que les enjeux éthiques. Un modérateur de séance sera également nommé à chaque rencontre. A l'issue de la présentation, le groupe débat des enjeux. Une vigilance sera accordée à la place de chacun et la libre circulation de la parole. Le modérateur sera chargé de veiller à la collégialité de la discussion.

Après avoir traité des demandes, le groupe pourra travailler à réfléchir sur une question thématique qu'il aura choisi au préalable en lien avec les enjeux éthiques de l'établissement. Si un professionnel dispose de connaissances spécifiques, il pourra effectuer une présentation. Éventuellement, un spécialiste du thème pourra être convié. Il s'agit de permettre au groupe de réfléchir sur des thématiques posant question mais non spécifiquement liées à une situation clinique.

Le lieu sera adapté au nombre de personnes et équipé du matériel nécessaire. Le choix de la date et de l'horaire fera l'objet d'une attention particulière. Le temps de réunion doit se faire à un

moment où le professionnel est libéré de ses missions de soins. Ces réunions doivent être régulières sans pour autant être fréquentes afin de maintenir la continuité des soins.

Un compte-rendu sera établi par la personne chargée de coordonner le groupe. Il fera l'objet d'une lecture avant diffusion par le comité restreint et pourra être revu lors de la prochaine réunion en cas de désaccord. Celui-ci est consultable par les professionnels dans le cadre d'un entretien en présence d'un membre afin de préciser les éléments de contexte. Une réponse est formulée à la personne qui a émis la demande. Le compte-rendu devra valoriser le travail fourni par le groupe. Pour autant, ce dernier formule un avis et propose une orientation soit en référence à une situation clinique donnée passée ou présente ; soit en référence à une problématique de soin générale. La décision finale devra rester un avis et ne constituera pas un élément obligatoire.

La décision finale appartiendra au patient, à l'administration ou au médecin selon les termes prévus par la loi.

L'instance de réflexion éthique semble nécessaire, notamment en psychiatrie. En effet, l'existence d'un lieu formel, compétent et disposant de moyens adaptés, constitue un élément indispensable attendu par les soignants. Sa réalité répond à un postulat : l'intérêt marqué pour la réflexion éthique dans l'institution. De plus, face à des situations complexes, son éclairage est un véritable atout et permet d'éviter des conflits.

Pour autant, même si le bien-fondé d'une telle organisation est mis en avant à partir d'exemples ou au sein de récits de soignant, il reste difficile de maintenir leur pérennité dans le temps. Les changements de professionnels, la perte de sens ou encore l'organisation matérielle peuvent limiter la portée d'une telle instance. De plus, le maintien de la dynamique dans le temps peut s'avérer difficile.

Ainsi, il est essentiel de questionner régulièrement le fonctionnement de l'instance. Elle doit être en mesure de se renouveler et d'interroger ses pratiques. Il est essentiel qu'elle soit à l'écoute de ses membres et d'adopter une approche stimulante.

Pour cela, des liens avec d'autres groupes de réflexion éthique peuvent être intéressants afin de partager les problématiques et utiliser d'autres expériences. De même, face à une question particulièrement sensible, l'opportunité de saisir l'espace éthique régional peut être envisagée.

Cependant, il est également intéressant de ne pas limiter la « nécessaire réflexion éthique » à une seule instance. Une approche multidimensionnelle doit être envisagée.

2- Des soignants engagés au service de l'éthique

La réflexion éthique ne peut pas se limiter à la seule existence d'une instance dédiée. Il apparaît, à l'issue des entretiens avec les professionnels, la nécessité de mettre en œuvre une approche au plus près du terrain. En effet, le regard porté sur l'éthique n'est pas homogène. Les professionnels confirment être confrontés à des problématiques d'ordre éthique. Pour autant, les attentes à l'égard de la réflexion éthique sont différentes selon les expériences vécues. De plus, ils mettent en avant l'importance de la réactivité et de la proximité face aux situations cliniques sources de questionnements. Également, il est constaté une demande notoire de références cliniques afin d'obtenir des réponses dans le cadre de l'accompagnement des patients.

Face à ces enjeux, il semble intéressant de proposer une orientation basée sur l'expertise clinique permettant de mieux appréhender les situations de soins. Pour cela, la présence ponctuelle d'un infirmier en pratique avancée (IPA) en psychiatrie et la valorisation de soignants experts sont des solutions à envisager.

· **L'infirmier en pratique avancée**

La loi du 26 janvier 2016 dite de modernisation de notre système de santé a introduit la notion d'IPA. (102)

(102) : Loi 2016-41 du 26 janvier 2016- de modernisation de notre système de santé

La parution de deux décrets en juillet 2018 a précisé les modalités d'exercice. (103) Le décret du 12 août 2019 valide l'intervention d'IPA dans le domaine de la santé mentale. (104) Ces évolutions législatives ont pour objectif d'instaurer une pratique avancée infirmière telle que définie par le conseil international des infirmières comme « un mode d'exercice par une infirmière diplômée qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession ». (105)

Pour cela, les infirmiers sont formés selon deux dimensions. D'une part, il s'agit pour les personnes formées d'acquérir une dimension clinique au travers de l'apprentissage de compétences médicales pour assurer un suivi des personnes atteintes de pathologies chroniques. On parle d'infirmier praticien. D'autre part, il est question de disposer, pour les IPA, de compétences d'expertise clinique pour prendre des décisions complexes dans des situations de soins. Ainsi, l'IPA est chargé d'accompagner le patient dans sa prise de décision au niveau global et d'assurer un suivi auprès des équipes de soins.

A ce jour, quatre spécialités sont concernées : pathologies chroniques stabilisées, oncologie, maladies rénales chroniques et santé mentale. La formation dure deux ans et est dispensée au sein d'universités. De niveau master, elle permet d'alterner enseignement théorique et stages.

En santé mentale, l'IPA, dans le cadre du suivi de patients atteints de pathologies mentales chroniques, est tenu, pour renouveler et adapter les traitements, de recueillir toutes les informations nécessaires à l'évaluation clinique. Il dispose ainsi d'une connaissance approfondie des pathologies et de l'environnement du patient. Il peut également prescrire des examens complémentaires et proposer des médiations à visée thérapeutique ou des prises en charge dans le cadre de réhabilitation psychosociale. De ce fait, après accord du patient, celui-ci est intégré dans un protocole d'organisation articulé entre l'IPA sous la responsabilité de son médecin psychiatre. On peut tout de même imaginer que le patient sera enclin à échanger avec un soignant de proximité qu'il connaît et qui le connaît.

Dans un second temps, l'IPA intervient dans le cadre de mise en œuvre d'actions de prévention et d'éducation thérapeutiques pour favoriser le maintien de l'autonomie et limiter les incapacités liées aux pathologies. Ces actions concernent également les autres professionnels et l'entourage intervenant auprès du patient. L'IPA coordonne le parcours de soin du patient en lien avec les différents acteurs.

Une mission de recherche, d'analyses et de productions de données professionnelles ou scientifiques est dévolue aux IPA. Enfin, au sein de l'institution, l'IPA est chargé d'accompagner les équipes dans le cadre de la gestion de situations complexes pour proposer des protocoles de soins. Il participe également auprès des soignants, à l'amélioration de leurs pratiques. Ainsi, l'IPA participe au repérage des dilemmes éthiques et a toute sa place dans la démarche de réflexion éthique.

En effet, par ses compétences cliniques, l'IPA a une connaissance précise des pathologies et de leurs troubles associés. Sensibilisé aux enjeux éthiques, il a la capacité d'accompagner les équipes auprès du patient pour dénouer les difficultés et faire évoluer les pratiques. Il dispose de missions transversales au sein de l'institution et peut être pleinement de la démarche éthique. Il peut être envisagé un recours ponctuel à un IPA santé mentale dans le cadre de formation ou questionnement spécifiques. La présence d'un IPA à temps complet pourrait tout de même poser des difficultés en termes de lien hiérarchique et de positionnement vis-à-vis des autres IDE de l'institution non formés à la pratique avancée. L'IPA doit centrer ses missions sur l'accompagnement du patient. Ainsi, il est intéressant d'imaginer une fonction complémentaire réservée à des soignants experts chargés de transmettre auprès des autres professionnels des connaissances supplémentaires et d'animer la dynamique éthique.

(103) : Arrêtés du 18 juillet 2018 relatif à l'infirmier en pratique avancée et au diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée, JORF n°0164 du 19/07/18

(104) : Décret 2019-836 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale, JORF n°0187 du 13/08/19

(105) : Définition de pratique avancée infirmière (en ligne), extrait de <http://www.icn.ch/fr/>, consulté le 03/03/2022

· Le soignant expert

Au sein de la fonction soignante, le partage d'expérience est un élément essentiel particulièrement en psychiatrie. La place que revêt l'observation des patients est primordiale et constitue une source d'enseignements. Ainsi, on demande au soignant de confronter ses savoirs cliniques acquis en situation professionnelle à ses savoirs théoriques acquis au cours de sa formation. Ces compétences constituent des expériences subjectives que le soignant mettra au profit des patients dans le cadre des situations de soins. Pour autant, mobiliser ses savoirs peut s'avérer difficile en psychiatrie. En effet, les situations de soins complexes teintées de violence et d'agressivité sont nombreuses. La réponse apportée par le soignant n'est pas toujours appropriée, surpris par la survenue brutale de l'évènement ou par manque de temps. De plus, le manque d'expérience ou de formation clinique peut favoriser une réponse inadaptée.

Aussi, l'idée de renforcer les savoirs fondamentaux semble être un élément intéressant notamment pour les jeunes professionnels ou les nouvelles recrues. Pour ce faire, le Centre Hospitalier Sainte Marie de Nice a créé la fonction d'infirmier expert clinique. Cela permet de faire bénéficier à de nouveaux professionnels d'un appui pour acquérir des compétences cliniques spécifiques en lien avec les accompagnements proposés au sein de l'établissement. Un infirmier, après plusieurs années d'expériences, est volontaire pour diffuser son savoir de différentes manières après avoir suivi des formations spécifiques. A Nice, ce dispositif expérimental est destiné aux jeunes professionnels mais il est possible d'envisager un élargissement à l'ensemble des équipes.

Il a principalement deux missions. Tout d'abord, il est en mesure d'expliquer les soins demandés en lien avec les troubles liés aux pathologies et de créer les conditions nécessaires pour que celui-ci se déroule dans les meilleures conditions. Il est à même d'intervenir dans le cadre de situations complexes pour accompagner les soignants. Il peut également intervenir a posteriori afin de soutenir la réflexion des soignants qui ont vécu une situation difficile. Il peut intervenir pour des prises en charge d'urgence au sein des unités de soin.

Ensuite, il a un rôle de transmission auprès des équipes. Il est tenu d'apporter des notions théoriques et favorise une prise en charge globale du patient, au-delà de sa pathologie. Il a une posture neutre et n'a pas vocation à stigmatiser les pratiques soignantes. Il est en mesure d'aider l'équipe à adopter la distance adéquate à avoir dans la relation de soin et précise les gestes à encourager ou à éviter. (106)

Cet exemple peut être complété par le modèle proposé par Thérèse Psiuk pour favoriser le raisonnement clinique. Elle a conceptualisé un modèle dit RCPT qui signifie raisonnement clinique partagé trifocal. Il consiste à identifier, pour chaque patient, l'ensemble des troubles avérés ou supposés, actuels et à venir. Cette évaluation est complétée par une mesure des capacités du patient pouvant être mobilisées pour l'aider à surmonter ses difficultés. A partir de ces éléments, un programme de soins peut être établi pour le patient prenant appui sur les connaissances cliniques des pathologies. (107)

Ce mode d'expérience peut être élargi à la réflexion éthique. On peut facilement imaginer un soignant expert en réflexion éthique qui, en plus des compétences mobilisées comme dans l'expérience décrite, serait à même de diffuser la culture éthique institutionnelle au sein des équipes. Cela permettrait de rendre concrète la réflexion éthique. En effet, les personnes interrogées ont mis en avant le lien nécessaire entre la réflexion éthique qui peut paraître éloignée des questionnements quotidiens et les situations de soins relevées vécues comme difficiles. Par ailleurs, l'idée de former et d'accompagner les nouvelles recrues est un élément intéressant pour distiller une véritable culture éthique au fil du temps. Enfin, contrairement à l'IPA centré sur le patient, le soignant expert a un rôle focalisé sur les équipes.

(106) : Frédéric Henry, Comment transmettre les savoirs en psychiatrie ? revue Santé Mentale, Août 2018

(107) : Thérèse Piuk, RAISONNEMENT ET CHEMINS CLINIQUES : GUIDE D'APPRENTISSAGE ET 16 SITUATIONS EMBLÉMATIQUES, ed Vuibert, 2017

Ces nouvelles fonctions constituent des perspectives intéressantes pour faire vivre la réflexion éthique. L'approche proposée par un IPA permet, à partir de solides connaissances sur les pathologies et la prise en soin, de proposer un parcours de soins adapté. Ainsi, la réflexion éthique fait partie de ses prérogatives et il peut veiller, à tout moment, à identifier les dilemmes éthiques et encourager la démarche réflexive. L'approche d'un soignant expert peut compléter cette proposition. Sensibiliser régulièrement les professionnels aux questionnements éthiques tout en accompagnant les interrogations par un professionnel de terrain semble être une réponse intéressante. Pour autant, se pose la question de l'organisation de l'institution et tout particulièrement du lien hiérarchique et de la responsabilité pour permettre la légitimité de telles fonctions. Les missions de l'IPA sont déterminées par la loi qui précise le cadre d'intervention. Cependant, il n'y a pas de lien hiérarchique avec le reste de l'équipe mais le médecin assure un encadrement de ses missions. Le soignant expert n'a pas d'existence légale. Charge à l'institution de préciser ses missions dans les limites de ses compétences, notamment en matière de responsabilité.

Une question demeure toutefois concernant la rémunération. La fonction publique hospitalière a créé une grille indiciaire spécifique aux IPA sans pour autant vraiment valoriser cette nouvelle fonction. Pour le soignant expert, il n'y a pas d'éléments spécifiques en l'absence de base légale. Le temps dédié à ces missions doit être défini et dissocié des autres missions imparties aux professionnels.

De ce fait, l'institution doit soutenir leur légitimité pour leur permettre de mener à bien leurs missions. Pour cela, une réflexion éthique rendue possible par l'institution est essentielle.

3- Un mode d'accompagnement actif des équipes

Au-delà de la mise en œuvre de compétences spécifiques auprès des soignants, la réflexion éthique pour exister et être valorisée, doit être portée par l'institution. Il est primordial que les soignants se sentent soutenus et libres dans la possibilité d'exprimer leurs dilemmes éthiques et interrogations face aux situations de soins.

· **Une bienveillance affirmée**

Lors des entretiens menés, il apparaît que, face à des tensions éthiques, le manque de soutien et d'écoute de la part de l'institution constitue un frein pour solliciter de l'aide. Pire encore, cette absence d'écoute et de soutien peut s'avérer être à l'origine de tensions éthiques. Ce ressenti est confirmé par les résultats de l'étude européenne Press Next « Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe » coordonnée notamment par Madeleine Estryn-Béhar. Cette étude a été menée entre 2003 et 2004 auprès de 623 institutions de soins représentant 61 500 professionnels issus de 8 pays européens. Elle portait essentiellement sur les causes de situations d'épuisement professionnel des personnels hospitaliers. Ainsi, dans les résultats, il apparaît que plus le soutien des responsables est élevé, plus le risque d'épuisement professionnel diminue. 24 % des soignants déclarent être à risque d'épuisement professionnel malgré un soutien hiérarchique élevé alors que 38,8 % des soignants déclarant souffrir d'épuisement professionnel sans bénéficier de soutien hiérarchique. De plus, l'étude met en avant une corrélation entre une augmentation à une exposition accrue à la violence des patients et une diminution de la circulation de l'information. Autrement dit, plus un soignant constate un manque d'information, plus il relate le fait d'être exposé à un épisode violent. (108)

De ce fait, se pose la question de mettre en place un mode d'organisation bienveillant pour créer des conditions d'échanges apaisés et permettre aux professionnels de bénéficier du soutien nécessaire dans leurs pratiques. On retrouve cette notion dans la recommandation de l'ancienne agence nationale et de la qualité des établissements et services médico-sociaux (ANESM) intégrée à la HAS depuis

(108) : Madeleine Estryn-Béhar, Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, ed Presses de l'EHESP, 2008

2018 portant sur la mise en œuvre d'une politique de bienveillance au sein d'un établissement médico-social. Elle précise notamment que l'encadrement doit être « respectueux des personnes et soucieux de réserver aux équipes une possibilité de pensée, de parole et d'autonomie ».

Dans la même idée, dans les conclusions de son étude, Madeleine Estryn-Béhar, met en avant la nécessité de créer, au sein des institutions, les conditions de la discussion. Elle fait référence tant aux conditions matérielles (espace et temps adaptés) qu'aux conditions morales (libre circulation de la parole).

Pour ce faire, au préalable, il est nécessaire de valoriser la notion de reconnaissance. Il s'agit de créer les conditions favorables permettant aux soignants d'être reconnus par l'institution et les patients. Également, on peut évoquer la reconnaissance des patients par les soignants et l'institution. Quant à l'institution, elle doit être reconnue par les soignants et les patients. Paul Ricoeur, dans *Parcours de la reconnaissance*, définit la reconnaissance comme la capacité à raconter et à recevoir. Il met en avant deux niveaux de reconnaissance. Il évoque le niveau passif qui est basé sur la demande du sujet d'être reconnu et le niveau actif qui consiste à reconnaître l'autre. (109) Ainsi, en reconnaissant l'autre (qu'il s'agisse du soignant, du patient ou de l'institution), on retrouve la gratitude qui émane de cette reconnaissance mutuelle. Dans ce système, la place de chacun doit être reconnue et valorisée. Les contributions individuelles ou collectives doivent être reconnues et encouragées. Pour cela, l'utilisation des apports de la psychologie positive dans l'organisation de l'institution peuvent contribuer à favoriser la mise en œuvre du sentiment de reconnaissance mutuel. Plus précisément, le modèle PERMA de Martin Seligman, fondateur de la psychologie positive, est intéressant à décrire et peut apporter des éléments pertinents à intégrer dans le mode d'organisation de l'institution. (110)

Le modèle prend appui sur cinq principes dont les cinq lettres sont les initiales. Le P fait référence à positives (émotions), le E à engagement, le R à relations (positives), le M à manding (sens) et le A à accomplissement. Ces principes doivent être utilisés dans le ressenti de nos émotions et dans le sens donné à nos actes.

Ainsi, il décrit le fait que l'être humain a tendance à éprouver une sensibilité plus importante aux sentiments négatifs par rapport aux sentiments positifs. Évoquer ce qui dysfonctionne est plus courant que de parler de ce qui va bien. Roy F Baumeister, professeur de psychologie, parle de « biais de négativité ». Au sein d'une situation de soin, un soignant va s'intéresser au dysfonctionnement. La dimension déficitaire est privilégiée. Or, en psychiatrie, il peut s'avérer pertinent de mettre l'accent sur ce qui fonctionne ou préciser les conditions de non survenue de troubles pour accompagner la prise en charge. La prise de décision peut se faire à partir d'éléments positifs notamment les émotions positives (le P).

L'engagement se manifeste par différents éléments. Mihaly Csikszentmihalyi a précisé les conditions nécessaires à l'engagement. Il évoque des objectifs clairs, un retour sur son action et un équilibre entre les difficultés et les compétences. Il s'agit de permettre aux soignants de s'engager pleinement dans l'acte de soin selon une approche ici et maintenant. Le soignant doit avoir conscience des caractéristiques des soins prodigués et être à l'écoute du patient. Pour ce dernier, en psychiatrie, il s'agit de proposer des activités dans lesquelles il peut s'investir pleinement malgré les troubles liés à la pathologie. Le soignant doit être en mesure d'aider le patient à s'y investir (le E).

Ensuite, Martin Seligman, met en avant l'importance de la relation. Il privilégie un modèle de relation positive. La relation de soin revêt différentes caractéristiques, comme évoqué dans la partie 1. Pour autant, il est essentiel de favoriser des modalités de relations positives. Faire référence aux éléments positifs, soutenir la solidarité entre professionnels et promouvoir l'entraide doivent permettre à l'institution de créer cette dynamique (le R).

Donner du sens constitue un enjeu central en psychologie positive. Au sein d'un établissement de santé, il s'agit de donner du sens au soin. Pour cela, il est primordial d'offrir la capacité aux équipes de s'interroger collectivement sur le sens d'un acte de soin. De même, expliquer au patient l'intérêt

(109) : Paul Ricoeur, *Parcours de la reconnaissance*, Mondes en développement, 2004

(110) : Nathalie Van Laethem « Outil 34. Le modèle PERMA », *La méga boîte à outils de l'agilité*, Dunod, « BâO La Boîte à Outils », 2019, p. 112-115. Extraite de <https://www.caim.info/--page-112> consulté le 17/03/2022

du soin peut aider à ce que celui-ci l'accepte plus aisément (le M).

Enfin, pour évoquer l'accomplissement, il est question de focaliser sur la notion de réussite. Réussir le soin, amener le patient vers la guérison constituent des objectifs à suivre. Pour autant, en psychiatrie, la guérison ne se profile pas toujours. Alors, il s'agit d'accompagner le patient à être en situation de réussite et fixer des objectifs cohérents qui constitueront des étapes importantes dans le processus de soin (le A). Pour mettre en application ces principes et formaliser cette bienveillance, la mise en œuvre de formations issues de la psychologie positive peut constituer un axe à développer. Permettre aux soignants de s'approprier des techniques de relaxation, de médiation ou encore de méditation peut les aider à s'inscrire dans une telle démarche. Ces formations peuvent être mises à profit auprès des patients autant que pour les soignants eux-mêmes.

Ainsi, ces critères, partagés et reconnus au sein de l'institution à travers, par exemple, le projet d'établissement, doivent permettre de créer les conditions favorables à cette bienveillance mutuelle pour aller au-delà de la culture de l'action permanente que l'on retrouve dans de nombreuses institutions de soins. Il s'agit de proposer, à tous les niveaux de l'institution, la mise en place d'une telle approche au sein des différentes instances. Également, le quotidien de l'établissement doit tenir compte de ces caractéristiques. L'encadrement doit veiller à cette vigilance permanente pour dénouer les tensions et mettre en œuvre la nécessaire discussion à l'image de la théorie de Jurgen Habermas. On pense alors également aux notions de respect d'altérité et d'autonomie développées en première partie. Pour autant, l'organisation elle-même doit rendre possible cette approche.

· **Un soutien organisationnel pertinent**

Pour créer un contexte favorable au développement d'une réflexion éthique, il apparaît nécessaire de mettre en place une stratégie au niveau de l'institution favorisant cela. En effet, lors des entretiens, il ressort que l'impulsion de la direction est primordiale pour faire exister les modalités essentielles à la mise en œuvre de la réflexion éthique. Dans ces conditions, il convient de s'intéresser aux stratégies à déployer, capables de soutenir ce modèle.

En sciences de gestion, l'expérience des « magnet hospitals » est un modèle pertinent. Définie en 1983 par l'*American Academy of nursing*, comme le fait d'imaginer « des organisations de soins qui fonctionnent comme des aimants pour la profession », cette théorie s'intéresse aux établissements qui bénéficient de résultats sanitaires performants tout en offrant des conditions de travail favorables pour les soignants. Aujourd'hui, un programme de labellisation pour les établissements a été créé. Même si ce modèle met en valeur un mode de gestion économique basé sur la qualité de vie au travail et les performances organisationnelles, il peut s'avérer pertinent d'utiliser certaines composantes pour aider à structurer l'organisation de l'établissement.

Le modèle du « magnet hospital » repose sur huit dimensions. Il prend appui sur l'expertise des soignants en favorisant la mise en œuvre de leurs compétences cliniques. Pour cela, une attention particulière doit être portée à la formation des soignants. Ensuite, une réflexion poussée sur les conditions de travail doit être menée en lien avec les préoccupations des professionnels. Une attention particulière à la gestion des effectifs cohérente avec les prises en soins est exigée. Le principe de relations collégiales, synonymes de respect et de confiance mutuels entre l'ensemble des personnes intervenant dans l'institution, est privilégié. Un modèle de partage de décision et de participation aux différents enjeux doit être mis en œuvre. L'autonomie clinique des équipes est recherchée. Une vigilance sur les modalités d'encadrement est apportée pour susciter la motivation des équipes. Enfin, ces éléments doivent permettre de créer une culture de soins centrée sur le patient et l'amélioration de la qualité pour constituer un socle de valeurs. (111)

(111) : Yvon Brunelle, Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner, Pratiques et organisation des soins, 2009

Ce modèle est résumé dans le tableau suivant:

<i>Modèle synthétique causes-conséquences du « magnet hospital »</i>	
· 8 dimensions essentielles à impulser	· Attitudes et comportements attendus
· Culture centrée sur le patient	· Performance organisationnelle
· Expertise des soignants	
· Soutien à la formation	· Mobilisation des professionnels
· Mode transformationnel d'exercice d'encadrement	
· Gestion participative	· Santé au travail
· Relations professionnelles collégiales	
· Autonomie clinique	· Attractivité/ fidélité
· Gestion adéquate des effectifs	

En France, une étude quantitative menée entre 2009 et 2012, auprès de 856 professionnels issus de différents établissements de santé, s'est intéressée à la théorie du « magnet hospital ». L'objectif était, à partir d'un questionnaire, d'identifier les liens de causalité entre les critères théoriques et les effets attendus par le modèle. Ainsi, il ressort que lorsque l'établissement développe les dimensions du modèle du « magnet hospital », la mobilisation et la satisfaction des professionnels est plus importante qu'ailleurs. (112)

Bien qu'à visée économique, ce modèle peut constituer une base de réflexion dans l'élaboration d'un schéma organisationnel soutenant. En effet, prendre appui sur les dimensions du « magnet hospital » pour définir un mode de gestion adapté peut s'avérer intéressant. Il s'agit alors, au sein du projet d'établissement et dans sa déclinaison, de mettre en avant ces éléments pour poser un cadre d'intervention et constituer des références communes. Ainsi défini, ce cadre peut être déployé et diffusé à l'ensemble des personnes pour que chacun puisse l'intégrer dans ses pratiques tant au niveau individuel que collectif.

Au niveau international, on peut également faire référence à d'autres approches singulières qui proposent des compléments pour mettre en avant l'importance du soutien organisationnel. L'approche « expérientielle » ou dite du design est un moyen fonctionnel pour aider à apporter des solutions à des problématiques du quotidien. Transposée au domaine du soin, cette réflexion a pour objectif de faire émerger collectivement des idées pour améliorer les pratiques de soins. Elle prend appui sur cinq étapes. Le processus démarre par l'identification d'une problématique par les professionnels. Dans un second temps, les soignants sont invités à définir le besoin pour répondre à cette problématique. Ensuite, les personnes concernées sont amenées à faire émerger des idées nouvelles pour apporter une solution. A l'issue de ces échanges, un modèle de solution est défini, appelé prototype. Enfin, ce modèle fait l'objet d'une phase de test avant d'être validé. Cette approche a été initiée aux Etats-Unis dans le cadre d'un consortium de soins pour la mise en place de la sécurisation du circuit du médicament. (113)

Cette méthode de résolution de problématiques concrètes peut constituer un outil pertinent. Diffusée aux professionnels, elle permet de les rendre acteurs de l'évolution de l'organisation. Elle fait appel à leur responsabilité tout en garantissant un cadre sécurisant pour évoquer les problématiques. En effet, il ne s'agit pas simplement de dénoncer une difficulté mais plutôt

(112) : Contextes organisationnels et managériaux des services hospitaliers, résultats d'une enquête transversale auprès de 36 services au moyen de l'outil Comet, Econ Med, 2012

(113) : Emilie Lebée-Thomas, Attractivité et fidélisation, inspirations internationales pour un service de proximité, Soins Cadre, septembre 2021, p 47-49

d'envisager de la dépasser.

Faire appel à des concepts issus des domaines économiques ou de la gestion constitue une approche intéressante pour modeler l'organisation de l'institution et privilégier une méthode soutenance.

La mise en œuvre d'une réflexion éthique doit prendre appui sur le développement d'outils singuliers. Au-delà de la création d'une instance éthique, ces supports font référence aux compétences des professionnels et à la mise en œuvre de méthodes privilégiant la responsabilité et la participation. Pour répondre aux enjeux identifiés au sein de l'établissement, la réflexion éthique ne doit pas se limiter à la conceptualisation d'outils. Des références communes et complémentaires sont nécessaires pour permettre une intégration complète de la réflexion éthique.

B- Une pensée collective de l'éthique pour l'ensemble de l'institution

1- Une conception partagée de la manière de penser le soin

Les professionnels mettent en avant une confusion entre les notions d'éthique, de déontologie et de moralité. Ils évoquent l'existence du questionnement éthique et confirment son utilité. Celui-ci doit permettre de créer les conditions nécessaires pour écouter les demandes du patient. Le représentant des usagers confirme cette attente d'écoute singulière. Pour refléter cela, la démarche de soin doit être engagée vers un questionnement éthique formalisé.

· **A l'écoute du patient**

Dans le domaine de la psychiatrie, la place réservée à la parole du patient peut être difficile à déterminer. En effet, la manifestation de certains troubles rend difficile l'expression du patient. Les demandes de soins peuvent être provoquées par des conflits qui constituent l'expression de la souffrance du patient, rendant difficile la mise en œuvre d'un dialogue apaisé. De plus, le cadre juridique, notamment, dans les situations d'hospitalisation sous contrainte, limite le respect des volontés du patient. En pédopsychiatrie, l'enfant ne peut être isolé de la cellule familiale. D'une part, il n'est pas considéré comme autonome dans ses choix et d'autre part, la loi impose un recours à l'autorité parentale pour valider les décisions relatives au parcours de soins. Une difficulté supplémentaire apparaît lorsque le contexte de vie est à l'origine des troubles. Il devient essentiel de permettre une écoute du patient tenant compte de ces éléments.

Pour illustrer cela, on peut évoquer la notion d'identité narrative de Paul Ricoeur. Il met en avant cette notion pour relater l'importance du récit de vie qui permet, à travers sa construction, d'apporter des éléments pour expliquer le présent. En racontant des épisodes de vie, il devient possible de déterminer la cohésion de ce qui nous identifie. (114)

Pour établir ce récit avec le patient, au préalable, les soignants doivent être attentifs à la souffrance psychique, mais également, ils doivent s'intéresser à celle des parents et de la fratrie pour essayer de comprendre les dysfonctionnements. Considérer le patient dans son contexte social est primordial. Faire appel aux connaissances des équipes médico-sociales permet d'élargir le champ de connaissances pour proposer un projet de soin adapté. Pour cela, la mise en œuvre d'un questionnement structuré à l'admission et tout au long du séjour doit être privilégié. Un partage des informations entre les professionnels doit être organisé afin que chacun puisse évoquer les informations recueillies et ce qu'il a observé. La désignation d'un soignant référent pour chaque patient peut être un atout supplémentaire pour garantir le suivi des informations. Accompagner les soignants pour créer une démarche d'écoute active est à envisager. Pour cela, il s'agit de proposer au patient des espaces formels pour qu'il puisse s'exprimer et des temps d'échange informels,

(114) : Paul Ricoeur, Temps et récit, ed Seuil, 1983-1985, p 115

individuels ou collectifs, autour d'activités où la parole est libre.

Au-delà du récit de vie, un enjeu éthique apparaît dans les situations de refus de soin nombreuses en psychiatrie. En effet, les troubles liés à la maladie peuvent générer de l'incompréhension pouvant aller jusqu'au refus de soin. Également, la compréhension du patient peut être altérée par un déni. Dans ces conditions, le soignant est partagé entre respecter l'avis du patient ou essayer de le convaincre du bien-fondé du soin proposé. Autrement dit, le soignant doit choisir entre le respect de l'autonomie du patient et le principe de bienfaisance.

Il est à noter qu'une distinction est à faire entre un refus général, manifesté par une opposition évidente, lié à la pathologie, et un refus ponctuel relatif à un soin particulier. Dans le premier cas, le patient rejette l'idée même du suivi et une action sur le traitement des troubles sera nécessaire, alors que dans le second cas, il s'agit d'explicitier ce refus pour mieux le comprendre.

Par conséquent, hors contexte d'urgence, il est important de maintenir l'alliance thérapeutique pour permettre de créer les conditions favorables à la discussion autour de ce refus de soin. Il s'agit de montrer au patient que l'on tient compte de son avis pour essayer de comprendre ce refus. Le recueil du consentement peut intervenir à différents moments. Le soignant doit être en mesure de réitérer ce questionnement dans différents contextes et adapter son discours au niveau de compréhension du patient. Pour les mineurs, le recueil du consentement des parents est nécessaire. Pour autant, le soin doit être expliqué à l'enfant. En cas de désaccord, le médecin pourra prendre une décision, si d'une part les tentatives répétées d'explication n'ont pas abouti, et si d'autre part, le soin est particulièrement important. (115)

Pour faire face à certaines situations difficiles, des pays anglo-saxons ont développé la pratique de directives anticipées adaptées à la psychiatrie à l'image de celles mises en œuvre pour la fin de vie. Elles permettent au patient d'exprimer ses choix à un moment où il est capable de les expliciter lors d'une consultation de suivi. Ainsi, cela anticipe les décisions de soins lors des phases de décompensation et favorise son autonomie. Pour autant, cet élément doit faire l'objet d'une explication précise au patient et aux soignants concernant leurs mises en œuvre. En cas de recours aux DA, un échange avec le patient lorsque les conditions le permettent est aussi nécessaire à posteriori. Au-delà de la décision de soin, cette pratique peut être l'occasion de créer l'espace de discussion autour de la pathologie et de ses enjeux. En effet, ce dialogue peut aider le patient et son entourage, à admettre la maladie et le besoin de soin.

Par ailleurs, promouvoir l'éducation thérapeutique du patient (ETP) prévu à l'article L 1161-1 du Code de la santé publique constitue un élément intéressant. Définie comme « inscrite dans le parcours de soin pour rendre le patient plus autonome », elle renforce le respect du principe d'autonomie du patient. L'objectif est de permettre à la personne soignée de comprendre les manifestations de sa pathologie et les moyens d'en limiter les effets. Elle permet de faire connaître les gestes d'auto-soins et valoriser l'estime de soi pour le patient. (41) Une formation destinée à certains soignants pour envisager la mise en œuvre de programmes d'ETP est une solution adaptée.

Avoir recours à un patient expert constitue une démarche intéressante pour favoriser l'apprentissage de la pathologie. Il s'agit de proposer des échanges entre patients au cours desquels peuvent être abordés des thématiques concrètes du quotidien en dehors de la relation soignant-soigné. Un patient formé spécifiquement à cette pratique accompagne, à partir de son expérience, d'autres patients afin de créer ainsi des lieux d'échanges favorables à l'amélioration de l'état de santé. Le programme EMILIA (Empowerment of Mental Illness service users : Lifelong learning, Integration and Action) mené en 2008-2009 a permis de mettre en avant l'utilité du recours au patient expert en psychiatrie dans le cadre de réinsertion professionnelle. (116) La mise en œuvre de groupes animés par un patient expert en hospitalisation de jour pour certains types de pathologies peut être envisagée.

(115) : HAS, Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique, Recommandation de bonne pratique en psychiatrie, 2015, p 19

(41) : Eric Péchollon et Stéphanie Renard, Un patient peut-il refuser un traitement médicamenteux?, revue Santé Mentale, février 2018, p 69-71

(116) : Emmanuelle Jouet et Tim Savoir, Autodidacte et expertise des malades en psychiatrie, Greacen, Rizhome n°40, novembre 2010, p 7 et 8

Une université chargée de former les malades a été fondée en 2010. Il s'agit de l'université des Patients-Sorbonne qui propose trois diplômes d'université destinés aux patients et professionnels de santé. Les thématiques concernent l'ETP ou encore la démocratie en santé pour les représentants des usagers.

Être à l'écoute du patient constitue une façon d'appréhender le soin. Lui permettre d'être entendu et compris est un élément essentiel. De la même manière, pour un soignant, si le soin est accepté, celui-ci sera rendu plus facile et plus efficace. S'interroger régulièrement sur la place de l'écoute du patient dans les pratiques de soins instaure un rapport de confiance et légitime les décisions de soins.

Au-delà de l'écoute nécessaire du patient, il est important que le soin assume un caractère engagé.

· **Un soin engagé**

Cette idée fait écho à la recherche de sens évoquée lors des échanges avec les soignants. L'application de protocoles et de la réglementation peut engendrer une perte de repères. Les éléments économiques, évoqués également, renforcent cette idée. Comment éviter cette perte de sens et aider le soignant à surmonter cet écueil ? L'article 2 de la Convention d'Oviedo, (pour la protection de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine du 4 avril 1997) du Conseil de l'Europe, énonce le principe de primauté de l'être humain. Il est écrit que « l'intérêt et le bien de l'être humain doivent prévaloir sur le seul intérêt de la société ou de la science ». Prendre appui sur ce principe permet de réfléchir à notre manière de penser le soin. Orienter l'organisation de l'institution en ce sens en sensibilisant les professionnels peut aider à mieux l'intégrer. Il s'agit de poser le cadre de ce qui anime le soignant pour donner du sens aux pratiques. Pour ce faire, on peut utiliser la notion d'engagement dans le soin pour aborder cette problématique. Pour le professionnel, cela « sous-entend de s'impliquer activement dans une situation, de prendre des responsabilités, d'anticiper et d'ouvrir un avenir à l'action ». (117) Ainsi, le soignant est tenu de s'investir et de comprendre la situation, non pas uniquement sur le moment présent, mais aussi, pour la suite du processus de soin. Pour le patient, l'engagement dans le soin doit être basé sur son consentement.

L'engagement renvoie à différents niveaux. On peut évoquer l'engagement comme une ligne de conduite mais aussi comme un acte. En tant que ligne de conduite, l'engagement fait appel à la notion de responsabilité. Il s'agit de se sentir concerné par une situation, indépendante de soi, dans laquelle un individu s'implique. Ensuite, de cette implication, vont naître des actes censés donner un nouveau sens à la situation. Ces actes sont liés à des individus, à leurs vécus et à leurs attentes. L'acte d'engagement revêt différents aspects que l'on retrouve dans l'acte de soin. On pense à l'engagement dans une organisation dans laquelle les actes sont définis et limités dans un cadre précis ; l'engagement dans la défense d'une idée au sein duquel le dévouement est complet ; l'engagement vis-à-vis d'une personne auprès de laquelle on formule une promesse. Ainsi, ces trois aspects sont présents dans l'engagement du soignant. En effet, il est indispensable de faire évoluer ses connaissances pour répondre aux impératifs de l'organisation. Il convient ensuite d'adhérer aux valeurs éthiques pour formuler son dévouement. Enfin, le soignant crée une relation personnelle avec le patient auprès de qui il s'engage. Cette notion est développée en psychiatrie pour évoquer l'engagement thérapeutique dans les troubles schizophréniques. (117)

Intégrer cette notion au projet d'établissement peut aider à susciter l'adhésion des soignants. On peut imaginer y faire référence régulièrement lors de réunions ou de rencontres. Envisager de rédiger une charte sur la thématique du soin engagé comme valeur éthique peut aider à mettre en avant ces notions. Accessible par les professionnels et les patients, elle peut faire l'objet d'échanges ou de discussions, notamment avec les nouvelles recrues ou les stagiaires. Les professionnels interrogés ont mis en avant le manque de matérialisation de cette notion. Bien souvent, elle est présente dans la manière d'aborder

(117) : L'engagement thérapeutique dans les troubles schizophréniques, article collectif, La lettre du Psychiatre, n°2, vol VI, mars-avril 2010

le soin sans pour autant être formalisée. On peut donc envisager de susciter l'engagement du soignant au moment de son arrivée en lui soumettant cette charte. Elle sera rédigée en concertation avec les professionnels et les patients. Reprenant les enjeux issus de la réflexion éthique, elle ne doit pas être figée. De fait, elle pourra être modifiée pour répondre à de nouvelles interrogations. En complément des outils imaginés, cette charte constitue l'engagement formel de l'institution à promouvoir la réflexion éthique. Comme évoqué lors des entretiens, cet engagement est attendu de la part des professionnels pour intégrer la démarche.

La démarche de réflexion éthique, bien qu'appuyée par l'écoute du patient et formalisée par l'institution, peut susciter des questionnements au-delà du domaine du soin.

2- Des références complémentaires adaptées à la réflexion éthique en psychiatrie

Trouver du sens au soin et nourrir la réflexion éthique est un procédé complexe. Ouvrir la réflexion par-delà le champ médical peut s'avérer intéressant, voire nécessaire en fonction des situations. Interroger le droit, la sociologie mais aussi la philosophie ou l'anthropologie peut s'avérer indispensable. Ces deux derniers domaines sont particulièrement adaptés à la réflexion éthique en psychiatrie.

· **L'intervention du philosophe**

Il existe en France, au sein d'établissements de santé, des consultations d'éthique clinique qui ont pour objectif de réunir des soignants et des non soignants amenés à réfléchir sur une situation clinique constituant un dilemme éthique. Ce principe est né aux Etats-Unis dans les années 1970, pour permettre l'attribution d'équipements de santé, notamment respiratoires. Les soignants, grâce au médecin Mark Siegler, ont fait appel à l'éthique pour les aider dans leurs prises de décisions. Pour valoriser cela, il précise que le fait de « savoir débattre d'une question d'éthique clinique fait autant partie des règles de bonne médecine que savoir prescrire le bon médicament ». Depuis 2002, ce concept existe en France à l'hôpital Cochin à Paris sous l'impulsion de Véronique Fournier, cardiologue. Pour elle, l'objectif est de dépasser le cadre médical et « inscrire la réflexion au sein de notre société, et même de notre civilisation ». (118) En effet, certains dilemmes issus de situations de soins dépassent la seule question soignante. Des enjeux d'ordre sociaux voire sociétaux sont également présents. Faire appel à un philosophe favorise ainsi l'expression du doute et fait émerger une discussion pluridisciplinaire autour d'une situation particulièrement difficile. Cette démarche permet de dépasser le cadre de la relation de soin pour l'inscrire dans la société. Premièrement se pose la question de l'opportunité de prise en charge ou de refus de prise en charge. Par ailleurs, il s'agit d'interroger les valeurs qui sont mises en jeu dans la situation de soin. Michel Delbrouck met en avant l'intérêt d'une telle démarche lorsqu'il dit que « porter une réflexion philosophique sur notre mode d'existence et sur les événements auxquels nous sommes confrontés au fil de notre vie demeure une fonction indispensable à notre équilibre mental ». (119) Il précise cela notamment dans la mise en œuvre d'une démarche de prévention de l'épuisement des professionnels de santé, pour lesquels, les apports de la philosophie permettent de mieux appréhender certaines situations. En janvier 2016, sous l'impulsion de Cynthia Fleury, une chaire de philosophie à l'hôpital a été créée à Paris afin de développer cette idée et proposer des actions de formation et de recherche ayant pour objectif de soutenir des innovations socio-thérapeutiques.

Guillaume Durand, dans *Un philosophe à l'hôpital*, se décrit comme « philosophe des ovules, du sang et des larmes » pour évoquer les consultations d'éthique clinique qu'il encadre en tant

(118) : Véronique Fournier et Nicolas Foureur, *L'éthique clinique en 10 questions*, ed Dunod, 2021

(119) : Michel Delbrouck, *Comment traiter le burn-out ?*, ed Dunod, 2011, p 67

qu'enseignant de philosophie. Il met en avant différents exemples pour illustrer l'apport de la philosophie qui permet de dépasser le cadre médical pour s'intéresser aux valeurs, aux désirs et aux demandes des patients. Dans sa démarche, il privilégie le respect de l'autonomie du patient, ce qui peut limiter le champ de la décision. Après avoir rencontré le patient, il échange avec des soignants pour proposer une aide à la décision à partir d'une grille d'entretien. La consultation peut être sollicitée par l'équipe chargée de suivre le patient ou le patient lui-même. (39)

Faire appel à la philosophie peut s'avérer particulièrement adapté en psychiatrie. D'une part, cela permet d'aider à ouvrir la réflexion face à une situation de soin pour ne pas se limiter uniquement aux éléments médicaux comme dans le cadre d'un refus de soin somatique qui semble nécessaire. D'autre part, cela permet de réfléchir collectivement aux enjeux du secteur en lien avec les enjeux sociétaux. Au sein de l'établissement, il pourra être envisagé d'organiser ponctuellement ce type de rencontre, à partir d'une situation de soin ou dans le cadre d'un débat plus large. Une information des équipes et des patients sur l'existence d'un tel dispositif sera faite pour proposer ces interventions.

Même si les apports de la philosophie peuvent s'avérer pertinents pour appréhender la maladie psychiatrique, des explications d'un autre ordre peuvent s'avérer utiles. En effet, en psychiatrie, des représentations différentes de la maladie peuvent apparaître en fonction des croyances sur lesquelles on s'appuie.

· Les apports de l'ethnopsychiatrie

Au fil du temps, les évolutions scientifiques régulières ont permis d'apporter des explications objectives sur les origines de nombreuses pathologies ainsi que sur les manières de les traiter. Pour autant, dans certains domaines et tout particulièrement en psychiatrie, certains traitements ne fonctionnent pas toujours de manière homogène. La notion de représentation de la pathologie explique en partie cela. En effet, il a été mis en avant, qu'en fonction de l'expérience vécue ou encore de l'histoire familiale vécue par le patient, la maladie sera appréhendée de manière différente. On retrouve cela également au niveau du groupe auquel on appartient. Ce dernier met en avant des représentations collectives de la maladie qui varie selon le lieu dans lequel on se trouve. Les croyances viennent alors modifier la perception de la pathologie et la manière de se soigner. L'anthropologie, en prenant appui sur des croyances et représentations populaires, aide à mieux intégrer ce phénomène. François Laplantine, anthropologue définit cela comme le fait « d'étudier la maladie et la guérison rêvées, imaginées, fantasmées, représentées c'est à dire vécues ». Dans son ouvrage, *Anthropologie de la maladie*, il met en avant que les interprétations de la santé et de la maladie sont liées à l'expérience de la maladie. S'intéresser aux croyances n'est pas suffisant selon l'auteur, il convient également pour le soignant de les comprendre et de les intégrer pour aider au mieux le patient. (120) En psychiatrie, où la confirmation d'un diagnostic peut s'avérer longue, sans possibilité de confirmation par un examen médical « objectif » de type imagerie, cette caractéristique revêt donc une autre dimension.

Dans la deuxième partie du XX siècle, en psychiatrie, une réflexion originale pour mieux cerner ces éléments est apparue notamment dans le cadre de la fin des empires coloniaux. Il s'agit de l'ethnopsychiatrie qui est définie par François Laplantine comme la compréhension conjointe « des concepts fondamentaux qui sont ceux de la psychiatrie (le normal et le pathologique) et ceux de l'ethnologie (les catégories universelles de la culture) ». (121) Fondée par Géza ROHEM et Georges DEVEREUX, l'ethnopsychiatrie propose une autre lecture de la souffrance psychique. L'objectif est de dépasser la symptomatologie mentale pour proposer une approche différente basée sur les croyances et représentations du patient. Considéré comme un représentant majeur de l'ethnopsychiatrie en France, Tobie Nathan, précise qu'il est important de « connaître les thérapies qui ont cours dans les lieux où il (le patient) a grandi-et même s'il n'y a pas grandi, les thérapies

(39) : Guillaume Durand, *Un philosophe à l'hôpital*, éd Flammarion, 2021

(120) : François Laplantine, *Anthropologie de la maladie*, éd Bibliothèque scientifique Payot, 1992

(121) : François Laplantine, *L'ethnopsychiatrie*, éd, 1973, p 13

attachées à sa famille, à son ethnie, à son univers ».

Dans son ouvrage *Secrets de thérapeute*, il relate à travers différentes situations l'apport de la discipline dans le processus de soins. Dans certaines manifestations de troubles, il met en avant la nécessité de rechercher des éléments dans l'environnement culturel et familial du patient pour l'aider à maîtriser et réduire les troubles. Ainsi, il prend appui sur différentes croyances en évoquant les pouvoirs des guérisseurs au Bénin ou en lien avec des objets telles que des amulettes dans la religion juive. (122) Aujourd'hui, avec la présence de personnes étrangères vivant en France, cette approche peut soutenir la réflexion autour de l'accompagnement en psychiatrie comme évoqué par une professionnelle lors de l'entretien. Cette dernière évoquait l'incompréhension entre une équipe de soin en psychiatrie ayant diagnostiqué une schizophrénie et le patient accompagné de son entourage qui considérait qu'il avait été victime d'un sort. Ce décalage a constitué pour elle une tension éthique. Tobie Nathan prend l'exemple de jeunes radicalisés qu'il accompagne, en prenant appui sur l'ethnopsychiatrie, pour expliquer et les aider à surmonter ce phénomène. En effet, ce décalage, né de cultures et de références différentes, peut créer un dilemme éthique. Pour un soignant, se référer à une approche médicale peut se trouver en opposition à une approche basée sur un autre modèle connu du patient. En ce sens, se référer, lorsque cela est nécessaire, à une approche ethnopsychiatrique peut être intéressante. D'une part, il s'agit d'apporter une explication à l'équipe pour appréhender la réaction du patient et d'autre part, cela permet d'échanger avec le patient pour lui proposer un soin adapté pouvant aller jusqu'à l'orienter vers un autre type de prise en charge. Ainsi, il s'agit d'orienter les soignants vers ce que Tobie Nathan appelle « la connaissance des psychiatries des autres, des autres psychiatries ». (122)

Également, il peut être intéressant de proposer au patient, si cela s'avère utile, de bénéficier de ce type de consultation. Pour ce faire, cette consultation est pluridisciplinaire et réunit, en complément des soignants et du patient, des personnes ayant pour rôle d'être médiatrices afin d'explicitier la croyance dans la langue maternelle du patient. Certaines représentations sont difficilement traduisibles.

Ainsi décrite, l'ethnopsychiatrie doit amener une autre approche du soin comme évoqué par Tobie Nathan lorsqu'il écrit « les modernes ont longtemps cru qu'un thérapeute se devait d'être sans dieu. J'ai découvert que, dans le monde d'aujourd'hui, on devait soigner avec tous les dieux, ceux d'ici et ceux d'ailleurs, ceux de maintenant et ceux de demain... ». (122)

Dépasser le cadre médical constitue un élément à intégrer au sein de la réflexion éthique. Cependant, une fois mise en œuvre, se pose la question de faire vivre la démarche.

3- Vers un « développement durable » de la réflexion éthique en psychiatrie

Outre le caractère obligatoire de la réflexion éthique, celle-ci s'avère être nécessaire pour répondre aux enjeux inhérents aux situations de soins et plus globalement aux enjeux en lien avec le secteur psychiatrique. Sa mise en œuvre est multi-dimensionnelle et s'inscrit à différents niveaux au sein de l'institution de soin. Pour autant, assurer la pérennité de la réflexion est déterminante pour maintenir le questionnement éthique et mobiliser les professionnels et patients.

· **Le rôle du directeur d'établissement**

La place que doit occuper le directeur d'établissement dans cette démarche n'est pas clairement définie. La réflexion éthique peut apparaître éloignée de ses missions. Les réformes régulières renforçant les opérations de gestion confirment cette idée. Néanmoins, afin de maintenir une réflexion éthique pertinente dans la durée, le soutien et la compréhension de la démarche par la direction sont essentiels. Outre la mise en œuvre de moyens organisationnels, le directeur se doit d'être intéressé

(122) : Tobie Nathan, *Secrets de thérapeute*, éd l'iconoclaste, 2021, p 20, p 12, p 373

par la démarche. Il doit être en mesure d'assurer la mise en œuvre du temps nécessaire à la réflexion éthique au sein de l'établissement. Sans pour autant être membre du groupe éthique, il peut également assurer une vigilance sur la diffusion de l'information au sein de l'organisation. L'existence d'instances telles que la commission médicale d'établissement (CME), les comités de retour d'expérience (CREX) ou encore les revues de morbi-mortalité (RMM) auxquelles le directeur participe, constituent des espaces dans lesquels la réflexion éthique a toute sa place. Ainsi, le directeur est en mesure de veiller au bon fonctionnement de la réflexion. De plus en psychiatrie, le directeur est le garant des admissions et sorties des patients. Ainsi, sans être médecin, il dispose d'une vision d'ensemble de la prise en soin et de son organisation.

Pour autant, pour que ce soutien à la réflexion éthique de la part du directeur soit efficace, il est important qu'il veille à la manière de diriger l'établissement d'autant plus que sa perception de l'éthique est influencée par son vécu.

Jean-Marie Miramon, ancien directeur d'établissement, propose une analyse du métier de directeur dans un article intitulé *Le métier de directeur, toujours en devenir*. Pour lui, « ce qui caractérise le métier de directeur, c'est l'art de la décision. Or décider, c'est trancher dans le réel ». Il s'agit pour le directeur d'affirmer des choix dans l'intérêt de l'organisation de l'institution. Ces choix sont pris en référence à des valeurs qui trouvent leur origine dans les règles juridiques, les références médicales mais également selon ses propres convictions et références. Jean-Marie Miramon précise que le directeur est influencé par sa « conception du monde » ; qui est propre à chacun. De cette conception, basée sur sa formation, son expérience, ses connaissances ou encore ses croyances, émane ce qu'il appelle l'éthique du directeur.

Cette éthique, selon lui, prend appui sur quatre grands principes : l'exemplarité, l'écoute, l'espérance et l'engagement. Il s'agit pour le directeur d'être exigeant avec lui-même, d'être à l'écoute pour connaître la réalité de l'institution, de donner du sens à l'avenir de l'établissement et de se lier par une promesse de créer les conditions favorables au développement de l'établissement. Cette approche est à compléter par les trois sphères du métier de directeur. On retrouve la sphère technique rassemblant la maîtrise des outils nécessaires à la bonne gestion de l'institution ; suivie par la sphère stratégique précisant les objectifs à poursuivre. Enfin, la sphère de l'intime est évoquée pour aborder l'influence de son histoire, de son éducation et de sa personnalité sur sa manière de prendre des décisions. (123)

Par sa position, le directeur a un rôle déterminant dans la mise en œuvre de la réflexion éthique. Il doit avoir conscience de l'influence de sa « sphère intime » dans sa manière de diriger. Également, il doit avoir à l'esprit que sa fonction exige une éthique qui doit tenir compte des exigences de soin tout comme des impératifs de gestion. Il est tenu de se soucier de la santé des équipes, de l'organisation de soin et de l'institution. Pour ce faire, le directeur doit savoir interroger sa pratique. Aussi, il doit travailler en équipe et prendre appui sur les compétences qui l'entourent. Partager ses décisions tout comme ses doutes au sein de l'équipe de direction et plus largement dans l'institution lorsque cela est nécessaire est essentiel.

En tant que garant de la réflexion éthique, le directeur doit veiller à son maintien dans la durée.

· **Inscrire la réflexion éthique dans le temps**

L'inscription de la réflexion éthique dans le projet d'établissement et en particulier dans le projet médical est un pré-requis essentiel. Cela formalise l'engagement de l'institution et de ses équipes dans ce type de démarche. L'implication des professionnels de soin, médicaux et administratifs doit être maintenue. Pour ce faire, des formations régulières, des rappels lors des réunions d'équipe doivent permettre d'assurer ce questionnement permanent. Il s'agit de faire référence aux valeurs et principes partagés pour constituer un langage commun. Ces actions seront menées en particulier dans le cadre du tutorat des stagiaires et nouvelles recrues.

(123) : Jean-Marie Miramon, *Le métier de directeur, toujours en devenir*, éd Eres, 2010

La communication constitue également un axe à privilégier. En effet, il ressort des entretiens menés avec les professionnels une méconnaissance de l'existence d'un espace éthique au sein de l'établissement alors que celui-ci est censé exister. Promouvoir l'existence de la démarche, les principes auxquelles l'institution s'attache ou encore les modalités de réponse, garantie une diffusion élargie de l'information. Celle-ci prend appui sur les outils existants tels que l'intranet, les courriers ou encore les affichages. Une attention particulière doit être apportée dans les réponses formulées du groupe éthique. Ces dernières doivent être adaptées et pertinentes, en lien avec les situations de soin. Les réponses doivent faire preuve de neutralité et être compréhensibles par l'ensemble des personnes. D'une bonne transmission des informations dépend l'appropriation de la démarche.

Le groupe de réflexion éthique, par sa conception, se veut un espace ouvert et évolutif. La pluridisciplinarité affichée et les recours possibles à des sources extérieures favorisent ces perspectives. Le groupe devra veiller à maintenir cette dynamique. Un renouvellement des membres à échéance régulière doit aider à garantir sa pérennité.

Plus largement, la réflexion éthique mise en œuvre s'intéresse à d'autres niveaux de l'institution. La possibilité de faire appel à des professionnels de terrain formés à même d'accompagner les équipes au plus près est un atout supplémentaire. Favoriser l'écoute du patient, pouvoir faire référence à des documents encadrant la démarche complètent la volonté de diffuser la réflexion éthique largement.

Dans ces conditions, une approche évaluative de la démarche peut être envisagée. En effet, à partir d'objectifs quantifiables, il serait intéressant d'établir une évaluation annuelle de la réflexion éthique. Préciser le nombre de saisine, les motifs, les services concernés peut aider à confirmer les éléments qui fonctionnent et à cibler les éléments à soutenir pour élargir le champ de réflexion. De même, cet élément peut être intégré aux enquêtes de satisfaction soumises aux patients et aux professionnels. Évaluer la perception que ces derniers ont de la démarche doit permettre de la faire évoluer pour mieux répondre aux attentes de chacun.

On peut imaginer avoir recours à un label externe pour évaluer la démarche. L'obtention du label constituerait un objectif à atteindre et garantirait le maintien en éveil de la réflexion. Aujourd'hui, ce type de méthode de gestion est valorisé par des programmes de certification. Ainsi, au Québec, le programme « Planetree » valorise ces initiatives au sein des établissements de santé. Initié par une patiente aux États-Unis en 1978, qui à l'issue d'une hospitalisation, a souhaité faire évoluer les pratiques hospitalières, ce programme s'est constitué en une évaluation de l'approche des soins centrée sur les personnes. Il tire son nom de la pratique d'Hippocrate qui enseignait sous un platane. A ce jour, le programme s'est constitué en réseau international chargé de labelliser les établissements. Pour cela, il s'agit de privilégier un mode d'organisation basé sur les besoins des patients prenant appui sur les compétences et le savoir-être des professionnels. Les établissements qui souhaitent se soumettre à l'obtention du label doivent répondre à cinquante critères.

Pour autant, ce genre de méthode fait l'objet de critiques. En effet, au-delà du coût financier important, la nécessité de soumettre l'établissement à cette approche renforce l'idée de dissonance au niveau des pratiques professionnelles entre les différentes institutions. De plus, le sentiment de mal-faire des professionnels peut être renforcé par la mise en œuvre d'une méthode formalisée qui n'est pas toujours adaptée au contexte local. Cependant, l'idée de réunir les professionnels autour d'un projet commun sanctionné par une reconnaissance peut être source de motivation. Dans le cadre de la réflexion éthique, cette dynamique peut être déployée pour attester de la qualité du travail mis en œuvre et l'inscrire dans une durée. (124)

Une implication manifeste de la direction associée à une remise en question régulières des instances de réflexion éthique constitue un élément déterminant pour assurer sa pérennité.

(124) : Ariane Lacoursière, Planetree: approche coûteuse ou essentielle?, éd journal La Presse du 14/12/2015

Conclusion et perspectives

Faire de l'institution de soin un lieu de réflexion et d'entraide ouvert sur l'extérieur, tenir compte de la singularité de chacun, proposer des expérimentations ou échanger des savoirs, constituent les principaux objectifs de la démarche éthique.

Outre répondre à une obligation légale, la réflexion éthique proposée doit permettre de créer des repères partagés par tous, pour nous accompagner dans nos prises de décisions et participe à notre formation au-delà de l'institution de soin. En tant que professionnel, comprendre les enjeux de la personne qui nous fait face ainsi que ceux de la société dans laquelle nous vivons est un élément déterminant.

Cette réflexion éthique, ainsi définie et constituée, se veut être un véritable défi. Bien qu'obligatoire, peu de professionnels interrogés y font référence alors que la description de leurs pratiques met en avant la mobilisation du questionnement éthique. Le risque de décalage, d'éloignement des préoccupations de terrain, est grand. La réflexion éthique est perçue comme un concept complexe, difficilement définissable, sans contour précis. Pour autant, les enjeux éthiques issus de la réglementation et des situations de soin sont nombreux. L'institution psychiatrique s'y confronte tous les jours face à des soignants qui ont parfois du mal à trouver du sens à leurs missions et à des patients qui ne comprennent pas ce que l'on attend d'eux.

Formaliser une exigence éthique, proposer des outils adaptés aux pratiques de soin est un début de réponse pour laisser infuser cette réflexion nécessaire. Intégrer de manière obligatoire des enseignements d'éthique dans les formations des professionnels de santé pourrait aider à mieux appréhender ces notions. Il s'agirait de rappeler les principes éthiques qui peuvent guider le soignant dans sa pratique tout en l'inscrivant dans une dimension plus large.

La très grande liberté, laissée par le législateur, dans la conception de la réflexion éthique est une richesse pour l'institution. Laisser libre cours à son imagination, prendre appui sur la réalité locale sont des atouts majeurs plutôt que d'avoir à appliquer des protocoles standardisés, déjà très nombreux dans ce secteur.

Cependant, cette liberté de conception ne constituerait-elle pas un frein à son développement ? La tentation de se contenter d'une réflexion éthique d'affichage est grande. Difficile d'accès, complexe, il serait facile de proposer une démarche sans fondement pour justifier son existence. Il pourrait être envisagé de formaliser un outil d'aide à la conceptualisation de la démarche, qui aiderait à structurer la réflexion.

De même, il est difficile d'évaluer la pertinence d'une telle démarche. Comment savoir, au sein de l'institution, si elle répond aux particularités de chacun ? Cela revient à se poser la question de son utilité et de ses bienfaits. Aussi fournie soit-elle, la réflexion éthique peut aussi se tromper d'objectifs en fonction des personnes qui l'animent. Autrement dit, il faut savoir pour qui est menée la réflexion et pour quelles réponses. La pluridisciplinarité de la démarche doit permettre de dépasser cet écueil. Pour autant, une méthode d'évaluation pourrait aider à améliorer la démarche réflexive.

Enfin, on peut considérer que les éléments constitutifs de la réflexion éthique font écho à des questionnements plus larges au sein de la société. Interroger sa place, la posture que l'on adopte face à autrui, comprendre ce qui fait sens, sont des éléments à privilégier en tant que citoyen...

Bibliographie :

Articles :

Philippe Bataille et Louise Virole, Quand la morale du soignant devient l'éthique du soin. Conflits éthiques et normes professionnelles en médecine de la reproduction et palliative, la Nouvelle Revue du Travail, 2013

Yvon Brunelle, Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner, Pratiques et organisation des soins, 2009

Benoît de La Fonchais, Olivier Koenig, Ce que nos décisions doivent à nos émotions, ,Pop'sciences mag, hors-série 2,2020

Pascal Fugier, Les approches compréhensives et cliniques des entretiens sociologiques, Revue pluridisciplinaire de sciences humaines et sociales, Interrogations, 2010

Frédéric Gros, Le soin au coeur de l'éthique et l'éthique du soin, Recherches en soins infirmiers, n°89, 2007, p 18

Frédéric Henry, Comment transmettre les savoirs en psychiatrie ? revue Santé Mentale, Août 2018

Emmanuelle Jouet et Tim Savoir, Autodidacte et expertise des malades en psychiatrie, Greacen, Rizhome n°40, novembre 2010, p 7 et 8

Ariane Lacoursière, Planetree: approche coûteuse ou essentielle?, éd journal La Presse du 14/12/2015

Emilie Lebée-Thomas, Attractivité et fidélisation, inspirations internationales pour un service de proximité, , Soins Cadre, septembre 2021, p 47-49

Gilles Paché, Reconfirment : la mise en garde du psychologue Stanley Milgram, The conversation, 18/11/2020

Eric Péchollon et Stéphanie Renard, Un patient peut-il refuser un traitement médicamenteux ? Revue Santé Mentale, février 2018, p 69-71

Pauline Rhenter, La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement : un éclairage historique, Journal français de psychiatrie n°38, 2010/3, pages 12 à 15

Frédéric Worms : Le care et le soin: vers quelle reconnaissance ? Le moment du vivant (III), Esprit, mai 2009,

L'engagement thérapeutique dans les troubles schizophréniques, article collectif, La lettre du Psychiatre, n°2, vol VI, mars-avril 2010

Ouvrages :

Patrick Bantmann, La liberté d'aller et venir en psychiatrie. Entre l'exigence de la loi, l'éthique et la réalité des pratiques. Cinq ans après la conférence de consensus, où en sommes-nous ? L'information psychiatrique., 2010, p 293 à 297

Franco Basaglia. Psychiatrie et démocratie. La maison jaune. ERES, 2007 (p 11).

Tom Beauchamp et James Childress, Les Principes de l'éthique biomédicale, ed Les Belles Lettres, 2008

Hervé Boillot, *Petit Larousse de la Philosophie*, 2007

Tanella Boni, *La dignité de la personne humaine*, Diogène, 2006, p 65

Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, ed PUF, 2013

Barbara Cassin, *Morale/Ethique*, Dictionnaire européen des philosophies, ed Seuil/ Le Robert, 2004, p 820

Olivier Chambon et Michel Marie-Claudine, *Les bases de la psychothérapie, approche intégrative et éclectique*, Dunod, 2019, p 112-116

André Comte-Sponville *Le capital est-il moral ?* ed Albin Michel, 2004

Michel Delbrouck, *Comment traiter le burn-out ?* ed Dunod, 2011, p 67

Pierre Delion , Tosquelles et Oury, *Parce que c'était eux, , Chimères*, n° 84, 2014, p 20 à 28

Guillaume Durand, *Un philosophe à l'hôpital*, ed Flammarion, 2021

Madeleine Estryn-Béhar, *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, ed Presses de l'EHESP, 2008

Cynthia Fleury, *Le soin est un humanisme*, ed Tracts Gallimard, 2019

Dominique Folscheid, *Les démons de l'éthique*, éditions universitaires, 1995, p 10

Véronique Fournier et Nicolas Foureur, *L'éthique clinique en 10 questions*, ed Dunod, 2021

Jurgen Habermas, *Morale et communication*, ed CERF, 1986

Hans Jonas, *Le principe responsabilité, une éthique pour la civilisation technologique*, ed Cerf, 1997, p 19

François Laplantine, *Anthropologie de la maladie*, éd Bibliothèque scientifique Payot, 1992

François Laplantine, *L'ethnopsychiatrie*, éd, 1973, p 13

Emmanuel Levinas *Totalité et infini*, ed Livre de Poche, 1961

Jean-Marie Miramon, *Le métier de directeur, toujours en devenir*, éd Eres, 2010

Robert Misrahi, *Le philosophe, le patient et le soignant*, ed Les empêcheurs de penser en rond, 2006

Edgar Morin, *Comprendre la complexité dans les organisations de soins*, ASPEPS, 1997

Tobie Nathan, *Secrets de thérapeute*, éd l'iconoclaste, 2021, p 20, p 12, p 373

Talcott Parsons, *The Social System*, ed Routledge and Kegan Paul, 1951

Thérèse Piuk, *RAISONNEMENT ET CHEMINS CLINIQUES : GUIDE D'APPRENTISSAGE ET 16 SITUATIONS EMBLÉMATIQUES*, ed Vuibert , 2017

Marie Rajablat, *Mille et un soins infirmiers en psychiatrie. Entre combats et magie de la rencontre*, 2016, ed Eres, 2016

John Rawls : *une théorie de la justice pour notre temps ? J. RAWLS, Théorie de la justice*, trad. par C. Audard, Paris, Seuil, 1987

Jean-François Rey, Levinas, le passeur de justice, ed Michalon, 1997

Paul Ricoeur, Soi-même comme un autre, Seuil, 1990

Paul Ricoeur, Jean-François de Raymond, Les enjeux des droits de l'homme, ed Larousse, 1988, p 236 et 237

Paul Ricoeur, Parcours de la reconnaissance, Mondes en développement, 2004

Paul Ricoeur, Temps et récit, ed Seuil, 1983-1985, p 115

Petit Larousse de la Philosophie, définition de la justice

Didier Sicard, L'éthique médicale et la bio éthique, Que Sais-je ?, 2021

Stéphane Tessier, L'interculturalité dans le quotidien professionnel, ed L'Harmattan, 2019

Max Weber, Le savant et le politique, Plon, 1998

Simone Weil, L'attente de Dieu, Fayard, 1964, p 74

Agata Zielinski, L'éthique du care. Une nouvelle façon de prendre soin, Etudes, 2010

Documents juridiques :

Article 4 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789

Article 375-3 5° du Code Civil

Article 373-2-1 du Code Civil

Article 372-2 du Code Civil

Article L.3211-10 du Code de la Santé Publique

Article L.3211-2 du Code de la Santé Publique

Article L 3212-1 du Code de la Santé Publique

Article L.3213-1 du Code de la Santé Publique

Article L 3222-5 du Code de la Santé Publique

Article L 3211-2-1 du Code de la Santé Publique

Article L 3211-2-2 du Code de la Santé Publique

Article L 3211-3 du Code de la Santé Publique

Article L 3211-6 du Code de la Santé Publique

Article L 1111-4 du Code de la Santé Publique

Article L 1111-5 du Code de la Santé Publique

Article L 3211-4 du Code de la Santé Publique

Article L 3211-11-1 du Code de la Santé Publique

Article L 3211-10 du Code de la Santé Publique

Loi 2016-41 du 26 janvier 2016- de modernisation de notre système de santé

Décret n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie et au recours à la sédation profonde et continue prévus par la loi du n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et personnes en fin de vie, JORF n°0028 du 3 février 2016

Décret du 6 mai 2019 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement (JORF n°0106 du 7 mai 2019)

Décret 2019-836 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale, JORF n°0187 du 13/08/19

Arrêtés du 18 juillet 2018 relatif à l'infirmier en pratique avancée et au diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée, JORF n°0164 du 19/07/18

Documentation professionnelle :

CCNE, Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche, , avis 58, 12 juin 1998

Contextes organisationnels et managériaux des services hospitaliers, résultats d'une enquête transversale auprès de 36 services au moyen de l'outil Comet, Econ Med, 2012

HAS, Claire Compagnon et Véronique Ghadi, La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé- Etude sur la base de témoignages-2009

HAS, Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique, Recommandation de bonne pratique en psychiatrie, 2015, p 19

HAS, Recommandation de bonne pratique Contention mécanique en psychiatrie générale, février 2017

HAS, Recommandation enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et adolescents en établissement de santé, septembre 2017

HAS -Guide Programme de soins psychiatriques sans consentement- 25/03/2021

Rapport Inspection Générale des Affaires Sociales, Organisation et fonctionnement du dispositifs de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960, 2017

Film :

Elise Rouard, L'hécatombe des fous, Film documentaire, Spicce, 2017

Raymond Depardon, 12 jours, Film documentaire, 2017

Documents extraits de site internet :

Chronologie des réformes de la psychiatrie, site <https://esperpro-mediateur.fr/evolution-des-traitements-en-sante-mentale/> consulté le 08/11/2021

Définition de pratique avancée infirmière (en ligne), extrait de <http://www.icn.ch/fr/>, consulté le 03/03/2022

Véronique Chanut, Nathalie Guibert, Jacques Rojot, Pierre-Louis Dubois, Les limites de la rationalité limitée ? Un essai de réflexion en sciences de gestion, 2011, <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2011-8-page-97.htm> consulté le 18/01/2022

Laurent Jaffo, Habermas et le sujet de la discussion, , 2001, extraite de <https://www.cairn.info/revue-cites-2001-1-page-71.htm> consulté le 14/02/2022

Nathalie Van Laethem « Outil 34. Le modèle PERMA », La méga boîte à outils de l'agilité, Dunod, « BâO La Boîte à Outils », 2019, p. 112-115. Extraite de <https://www.cairn.info/---page-112> consulté le 17/03/2022

Annexes :

• Annexe 1 : Questionnaire d'entretien

Vous avez accepté de participer à un entretien dans le cadre d'un travail de mémoire pour l'obtention du Diplôme Inter Universitaire « Ethique en santé » et je vous remercie. Ce travail de recherche porte sur la mise en œuvre de la réflexion éthique au sein d'un établissement de santé psychiatrique pour enfants et adolescents. En effet, la loi rend obligatoire le développement d'une telle démarche sans en préciser les contours. De plus, le secteur des soins psychiatriques est strictement encadré par la réglementation. Ainsi, l'objectif de ce travail est d'identifier des enjeux éthiques essentiels afin de proposer une réponse adaptée rendant possible la mise en place d'une réflexion éthique.

Vous avez été sollicité du fait de votre expérience et de votre fonction. Le choix a été fait de solliciter plusieurs types de professionnels issus du secteur de la psychiatrie ou non afin de proposer une vision la plus hétérogène possible. Il n'y a pas de réponses justes ou attendues. Il s'agit de prendre appui sur vos connaissances pour permettre d'avoir une approche réaliste.

Je vous informe que ces données seront traitées de façon anonyme. Votre nom, prénom, parcours et expériences ne seront pas identifiables. Votre autorisation est requise pour enregistrer l'entretien qui sera retranscrit par écrit. Vous êtes libre de ne pas répondre à l'ensemble des questions.

- 1/ Présentation (parcours de formation et expériences professionnelles)
- 2/ Quelle est votre perception de l'éthique dans le secteur du soin ?
- 3 A quoi fait-elle référence dans votre vie professionnelle ?
- 4 /Quels sont les enjeux éthiques auxquels vous êtes particulièrement attentif (ve) dans votre quotidien professionnel ?
- 5 /Avez-vous déjà été confronté à un problème éthique dans le cadre de vos missions ? Si oui, comment l'avez-vous résolu ?
- 6 /Avez-vous déjà participé à une démarche de réflexion éthique au sein d'un établissement de santé ? Si oui, pouvez-vous me préciser votre rôle et décrire son mode d'organisation ?
- 7 /Avez-vous déjà suivi une formation en éthique ? Si oui, que vous a-t-elle apporté ? Si non, en connaissez-vous ?
- 8/Comment, selon vous, serait-il possible de mieux en prendre en compte les problématiques éthiques dans vos pratiques ?
- 9/ Avez-vous des éléments à ajouter pour compléter ?

· Annexe 2 : Tableau de synthèse des entretiens

N° entretien	Date	Durée de l'entretien	Fonction	Formation	Expériences
1	01/03/22 sur site	1h02	IDE Cadre de santé	IDE (1994) Faisant fonction cadre de santé (2013-2015) Cadre de santé (2015)	19 ans IDE (9 ans en service MCO, réanimation ; 10 ans en psychiatrie) 9 ans d'encadrement (2 ans en institut de formation, 5 ans en psychiatrie, 1 an en service social et en structure à domicile, en poste transversal actuellement en établissement hospitalier public)
2	07/03/22 par visio	1h15	Sage-femme	Diplôme d'état de sage-femme (2019) Formation DU psychopathologie périnatale en cours	3 ans d'expérience en maternité (salle de naissances et suite de couches) niveau 2A
3	16/03/22 sur site	57 min	IDE IPA	IDE (2008) IPA (2020-2022)	3 ans d'expérience en psychiatrie adulte (urgences, médecine psychiatrique) 11 ans en libéral
4	17/03/22 sur site	1h05 min	Directrice d'établissement de santé psychiatrique	DESS de droit privé Master 2 management des organisations de soins Doctorat en droit de la santé sur les soins sans consentement DU Philosophie de la santé	10 ans comme directrice juridique établissement hospitalier 2 ans comme directrice hôpital de jour psychiatrique Chargée de cours IFROSS

5	17/04/22 sur site	50min	Psychomotricienne	DE Psychomotricienne	3 ans en crèche 2 ans avec des enfants infirmes moteurs cérébraux 5 ans en gériatrie
6	22/04 /22 par visio	1h	Médecin pédopsychiatre	Algologue DU Somatique et en psychiatrie Psychiatre, pédopsychiatre	Praticien hospitalier 14 ans en psychiatrie Chef de service Chef de pôle adjoint
7	01/06/22 par visio	35 min	Présidente d'association d'usagers	Présidente d'association gérant des dispositifs pour personnes en situation de handicap depuis 2005	Représentante des personnes en situation de handicap auprès de la MDPH, ARS, FIFPH

Annexe 3 : Verbatim des entretiens anonymisés

Entretien 1 :

Présentez votre parcours, vos formations et vos expériences professionnelles :

Je suis infirmière diplômée depuis 1994. J'ai œuvré comme infirmière pendant 19 ans. Sur ces 19 années, j'ai travaillé 9 ans en service de chirurgie, en libéral et en réanimation. J'ai travaillé une dizaine d'années aux urgences psychiatriques (pendant 3 ans) et en unité de médecine SSR psychiatrique pendant 7 ans. En 2013, je rentre dans le monde de l'encadrement en tant que faisant fonction de cadre de santé en psychiatrie pendant une année. Je deviens cadre formatrice auprès des d'étudiants IDE après le concours de l'école des cadres en 2015.

J'exerce la fonction de cadre de santé depuis 2015. J'ai exercé dans un établissement psychiatrique dans une unité transversale où j'étais infirmière auparavant. Après, j'ai exercé dans une structure associative en tant que chef de santé (centre qui recevait des demandeurs d'asile pour lesquels un suivi psychologique était nécessaire à cause de leurs parcours d'exil). Par la suite, j'ai travaillé dans une mairie au sein d'un pôle personnes âgées en tant qu'infirmière coordinatrice où je supervisais 3 unités de soins. Depuis août 2021, je suis cadre de santé au sein d'un groupe hospitalier où je travaille de nuit. Je suis responsable de différentes unités avec des missions transversales et référente d'un service de psychiatrie, de chirurgie et de médecine.

Quelle est votre perception de la réflexion éthique dans le secteur du soin, à quoi cela vous fait penser dans le cadre de vos fonctions passées et actuelles ?

Je vais répondre de manière très simple et peut être un peu naïve. Ma perception se situe au niveau de la morale, la différenciation entre le bien et le mal. Au niveau de l'éthique, c'est me questionner sur ma pratique soignante, ce que je vais mettre en place pour pouvoir permettre aux patients d'être dans les meilleures conditions au cours de son hospitalisation, être à l'écoute, dans le respect de ce qu'il est et qu'il représente. Il s'agit de le prendre dans sa globalité, c'est à dire au niveau culturel, au niveau psychologique, au niveau social et au niveau familial. Cela signifie de le prendre vraiment dans son ensemble et de lui prodiguer des soins dans le respect et en conformité avec la loi, les directives et les règles professionnelles. Ma perception de l'éthique doit impacter l'équipe pour que les professionnels se questionnent aussi sur leur position, leur posture soignante et se remettent en question dans leurs échanges avec le patient. Aider à le verbaliser et avoir un espace de parole est important.

La notion d'éthique n'est pas forcément un terme que j'entends dans mon exercice mais elle apparaît comme une préoccupation avec les lois qui permettent aux patients de s'interroger, de donner leur avis et de refuser des soins. Les décisions du patient nous interrogent aussi dans notre posture soignante, on n'est plus dans cette relation descendante, dans une manière où la décision est brutale mais dans un équilibre. On entend la parole du patient, on la restitue et on s'organise pour lui permettre d'être bien à l'hôpital avec toutes les contraintes et toutes les directives, en même temps dans le respect de sa personne et de ses décisions.

Est-ce que vous avez en tête des situations de soins qui font référence à des enjeux éthiques ?

J'ai une situation en tête alors je n'étais pas encore cadre de santé mais infirmière. Cette situation m'accompagne dans mon exercice maintenant que je suis cadre de santé, je me dis souvent qu'est ce qu'on aurait pu faire ?

Je la relate assez brièvement. Nous sommes en psychiatrie dans une unité de médecine, il y a un patient, jeune adolescent de 16 ans d'origine nigériane je crois qui a fait une tentative de suicide (il s'est défenestré). D'abord, il bénéficie d'une prise en charge à l'hôpital général. Il ressort avec un corset parce qu'il a des fractures aux vertèbres. Il revient dans notre service pour la suite de soins somatiques et donc la rééducation avec un kinésithérapeute. Les parents de ce jeune homme, donc nigériens, sont des personnes avec une bonne position sociale et professionnelle. Ils sont de passage en France et vivent au Niger. Bien que la rééducation n'était pas terminée, la famille a décidé de le ramener au pays mais les médecins ne souhaitaient pas. En effet, il avait besoin d'une rééducation et en même temps d'une prise en charge psychologique. Il y avait un diagnostic de schizophrénie. Les médecins souhaitaient un rendez-vous en ambulatoire au CMP. La famille avait refusé en

disant que leur fils ne souffrait de pathologie mentale et qu'il fallait le ramener au pays pour qu'il exorcisé parce que c'était ce qui l'avait amené à avoir cette conduite. La situation avait vraiment divisé l'équipe infirmière et questionner les médecins parce que 2 cultures s'affrontaient. Notre manière de voir les choses, nos connaissances et nos pratiques se confrontaient à une culture autre où la psychiatrie n'était pas une discipline connue et reconnue. Le père avait tenu tête malgré les réunions pluri professionnelles. Il avait tenu à ramener son fils à au pays. Les infirmières et moi la première, je n'avais pas de position mais je me questionnais sur notre droit à refuser et à entendre la parole de la famille. Mon questionnement émanait du fait que notre décision était considérée comme prioritaire sur celle de la famille. La famille était dans une démarche bienveillante et en même temps je ne la sentais pas dangereuse mais surtout ancrée dans une culture différente

Je ne sais pas si on parle de réflexion éthique mais c'est vrai que j'aurais aimé pour ce jeune homme qui est finalement parti, qu'une réunion ou un espace de parole soit organisé. On aurait pu nous expliquer les différences culturelles, que notre décision a des limites. Ce que nous estimons justes pour nous ne l'est pas forcément pour l'autre et sa famille. On est resté sur notre faim. En tout cas, je suis resté sur ma faim, on se retrouve dans une même situation que faisons-nous ? Est ce qu'on sera toujours dans cette lutte de culture ? cette lutte du respect ? Cette situation m'a accompagnée. Aujourd'hui, si je me trouve confronté à nouveau, je pense que je demanderais à être formée, peut être en amont sur la définition de l'éthique. Nos propres valeurs ont été heurtées, comme le respect de l'honnêteté, de la vérité et de la justice Dans cette situation, on était confronté à une tout autre chose qui était aussi la vérité mais une vérité qui différait de la nôtre.

Plus récemment, j'ai été confrontée à une situation qui m'a posée question. C'était en gériatrie. Une patiente, porteuse de troubles cognitifs et ayant pour habitude de déambuler a du faire l'objet d'une contention parce qu'elle avait le COVID. Cela a été très mal vécu par une partie des équipes qui ne comprenaient pas la décision du médecin. Cette décision est intervenue un dimanche. Comme elle me posait question, j'ai interpellé l'administrateur de garde pour valider la décision. Ce qu'il a fait. De plus, la gestion du quotidien était compliquée ; certains l'acceptaient et d'autres pas. J'ai du faire preuve de beaucoup de pédagogie et d'écoute pour accompagner les soignants.

Quelle serait votre position aujourd'hui si une situation de ce type se représentait ?

Peut-être que je mettrais en place des formations en amont pour expliquer ce qu'est l'éthique, qui est l'Autre ? Quelle aide peut-on apporter en tant que soignant ? Dire que nous avons des limites aussi dans les décisions que nous prenons même si celle-ci est prise de manière collégiale. Il serait important que l'on puisse nous préparer un petit peu à ce genre de situation pour avoir des actions à minima pour expliquer au patient et à la famille. Aussi, avoir une formation psychiatrique pour mieux connaître les pathologies. Notre connaissance peut être réduite à ce qu'on nous offre à l'école et à l'apprentissage sur le terrain. Avoir des espaces de parole, des réunions et avoir des formations pour être un petit peu plus aguerri. En psychiatrie, on est à heurtés par des patients qui refusent, à qui on interdit de sortir de l'unité parce que on a établi un cadre et il faut qu'il rentre dans le cadre. En phase d'observation, on le soustrait à toute communication extérieure pour éviter les stimuli comme le prévoit le protocole. J'ai en tête ce monsieur d'une quarantaine d'années qui avait des idéations suicidaires mais qui n'était pas passé à l'acte. Il avait des scénarios de passage à l'acte mais comme il n'était pas en hospitalisation sous contrainte. Il y avait tout un cadre qui avait été proposé par les médecins et le psychiatre sur le fait qu'il soit mis en pyjama, pour lui soustraire son téléphone, qu'il n'y ait pas d'appel pendant 48 h. J'étais cadre de santé et j'ai dû reprendre avec lui et lui réexpliquer, lui dire que ce n'était pas une punition mais que c'était une première étape du soin. J'ai été contrainte d'expliquer pourquoi on lui rabote un petit peu sa liberté et comme il avait quand même accepté de venir, il avait accepté le fait d'être soigné. J'avais repris le protocole avec les agents parce que certains avaient des positions très dures et très cadrantes. Ils disaient « c'est prescrit c'est comme ça pas autrement ». Je leur répondais, c'est prescrit certes mais cela n'empêche pas l'échange, l'écoute et la communication.

J'avais mis l'accent sur le fait de parler, d'échanger et de s'appuyer sur le contenu de la prescription. J'inviterais les médecins à réexpliquer leur prescription qui peut sembler liberticide. Je parle de ces 2 situations. Elles ont pour point commun la nécessité d'échanger et d'avoir des postures d'écoute.

Vous prenez l'exemple de l'application d'un protocole systématique dans le service, qui a pu poser des difficultés, est-ce que pour vous il s'agit d'un dilemme éthique ?

C'est un protocole de service appliqué à tous les patients. Il avait été étudié en amont, validé par le service qualité et par les médecins et les psychiatres. Du fait de la spécificité de notre unité, il était nécessaire de mettre en place quelque chose. De plus quand la loi avait changé, on n'avait plus le droit de fermer le service annuler donc le service était ouvert. En même temps, on devait expliquer au patient qu'il n'avait pas le droit de sortir mais c'était ouvert. Donc oui, il y a eu beaucoup de choses qui se confrontaient notamment pour les patients en hospitalisation libre qui ne pouvaient pas sortir librement. On a été amené à transformer des hospitalisations libres en hospitalisation sur la demande d'un tiers parce qu'entre la liberté et la sécurité il a été nécessaire de prendre une décision. Cela me questionne toujours et c'est de l'éthique.

C'est-à-dire ? Vous pouvez préciser ?

Je suis confronté à l'éthique mais je pense que je l'étais souvent même si je n'utilisais pas le mot. Je l'ai très peu entendu dans ma carrière. En fait, je l'ai entendu à l'école des cadres mais pour moi cela n'avait pas de sens parce que c'était dit mais sans être incarné sans sens. Sur le terrain, je suis confronté à la déontologie, à des questions sur mes propres valeurs et sur des projections quelques fois. Je me dis que ce sont des questionnements éthiques.

Au sein d'un établissement, comment « incarner » l'éthique ?

Je pense c'est à partir du sommet c'est à dire le directeur d'établissement, le directeur des soins, la direction et toutes ces personnes qui dirigent et qui ont le pouvoir décisionnel pour faire évoluer un établissement. Pour moi, cela doit partir d'eux pour pouvoir le distiller après au niveau des cadres de santé, des cadres supérieurs et des médecins. Enfin, je dirais même que cela devrait faire partie du projet médical, du projet d'établissement. Se questionner, faire remonter les problématiques mais il faut que cela soit assez interactif. Proposer des formations pour les agents.

Vous connaissez des formations en éthique ?

Non je n'en connais pas. Je n'ai jamais cherché. Cela doit exister.

Vous évoquez beaucoup « le questionnement ; la notion de parole » dans vos pratiques en lien avec la réflexion éthique ; comment imaginez-vous le fonctionnement d'un espace de parole ? qu'il pourrait y participer ? Est-ce qu'il y a d'autres formes auxquelles vous pensez qui pourraient vous aider dans votre pratique ?

Avoir un espace de parole est un appui, se référer à des textes. Je pense que les agents doivent participer sur la base du volontariat. Ou peut-être le rendre obligatoire. Je pense qu'il y a certains profils pour qui ce serait nécessaire, les personnes qui effectuent leur travail sans se poser de questions. Une réunion par trimestre avec une réflexion sur sa pratique, ce qui aide à prendre soin du patient, comprendre ses valeurs et les confronter pour les aider à avoir un positionnement. Cet espace doit être géré les acteurs de l'établissement mais aussi faire appel à des personnes extérieures comme un anthropologue... Enfin des personnes qui ne sont pas dans le soin mais qui peuvent expliquer à travers leur discipline ce qu'est l'être humain, les rapports humains. Avoir un psychologue peut être intéressant pour aider à comprendre la dimension comportementale. Je dis peut-être des bêtises peut être mais le chef de service, un médecin, le directeur aussi pour que la réunion soit vraiment marquante et importante. On devrait y traiter des sujets qui permettent de questionner les soignants parce que c'est eux qui sont au pied du lit et qui sont confrontés en première intention. Ils sont le relais auprès des médecins et des chefs de service et du directeur.

Faire en sorte que les soins ne se limitent pas aux pansements ou aux transmissions sur le logiciel. Faire comprendre que notre fonction a une autre dimension que celle qui est purement technique et parfois routinière. Il faut constamment s'interroger pour pouvoir évoluer dans la pratique et aussi transmettre aux étudiants. Cette notion de de transmission sur le fait de les amener à s'interroger est importante. Il faut se questionner et se remettre en cause. Souvent, il faut faire vite parce que le temps nous manque mais prendre ce temps à travers ces réunions mais qui pourraient revêtir un caractère obligatoire est intéressant. Aller chercher le soignant dans ce qu'il est profondément avec ses valeurs. S'interroger aussi sur la globalité là parce qu'on en parle beaucoup dans le prendre soin mais dans les faits qu'est-ce qu'on prend en globalité ? Je peux donner encore un autre exemple en gériatrie. Une famille souhaitait absolument que leur maman qui avait une alimentation mixée mange beaucoup tous les soirs. C'était leur exigence parce qu'elle trouvait leur maman avait maigri. Elle avait l'impression qu'elle ne mangeait pas. Un soir la maman, qui malgré ses troubles avait des moments de lucidité,

dit non je ne veux pas manger à la soignante qui avait en tête la réflexion de la famille. Elle lui dit non il faut manger ! La patiente refusait parce que ce n'est pas bon. La soignante a répondu vous allez manger parce que votre famille l'a dit ! La soignante a un peu violemment obligé la patiente à manger. Lorsque j'ai échangé avec la soignante, je leur ai demandé pourquoi vous l'avez obligée ? Elle m'a répondu parce que la famille voulait que la patiente mange. Je lui ai répondu que peut être que véritablement ce n'était pas bon et qu'elle aurait pu répondre de manière différente. Elle m'a répondu « j'avoue que c'est vrai, que ce n'est pas très bon et que j'aurais pu proposer autre chose ». En fait, elle a pris le temps de se poser des questions. J'étais contente de cette réflexion, ne pas avoir un discours culpabilisant et permettre à la soignante de se questionner. Je me dis que c'est peut-être aussi mon rôle de suspendre un peu le temps du soin et aider à réfléchir sur une pratique à un moment donné.

Je reviens à la situation que vous avez évoqué sur la personne âgée qui avait le COVID. Il est nécessaire de prendre rapidement une décision dans ce contexte. Vous avez évoqué qu'une partie de l'équipe était plutôt favorable et l'autre pas. Comment pensez-vous gérer les dilemmes éthiques dans un contexte d'urgence ?

Sur le moment, il faut appliquer le cadre légal et le protocole comme nous avons fait. Peut-être, prévoir de reprendre la situation en réunion 3 mois après pour l'évoquer mais sur le moment, est se respecter le cadre légal et validé est nécessaire. Finalement, une partie de l'équipe a accepté la décision et l'autre non. Après je pense que la situation doit être analysée, faire l'objet d'une réflexion lors d'une réunion. Pour cette situation-là, j'aurais demandé qu'on déclenche une réunion ou quelque chose assez rapidement. Ce n'est pas le seul patient qui présente ce trouble là, ce n'est pas la dernière fois qu'une situation COVID sera à gérer. Je pense en tant que cadre d'avoir cette appréciation, cette analyse fine à faire. Parfois, on peut différer la décision. Comme toute décision que l'on prend sur le moment, on en prend la responsabilité. On en assume les conséquences. Mettre en place une rencontre même rapide, avec l'équipe pour expliquer et circonscrire les questions peut être intéressant. Pour éviter que cela parte un peu dans tous les sens.

Demander aussi aux soignants s'ils souhaitent en reparler avec le médecin, avec le directeur et le cadre sup peut aussi se faire. En urgence, mon impression est de poser des mots de suite, expliquer et de ne pas dire si on est pour ou contre, favorable ou non. Plutôt dire que c'est une décision qui a été prise dans l'intérêt du patient. Je pense que c'est mon appréciation sur le moment.

Cela étant, j'aime dire si je sens ou non une situation. C'est vraiment en psychiatrie que j'ai appris le sens de cette expression. Sentir ou pas une situation ou un événement, savoir se faire confiance aussi grâce à son expérience. Savoir si la situation exige une réunion ou une rencontre qui doit se faire pour pouvoir expliciter, compléter et faire comprendre les enjeux.

Qu'est-ce qu'il est possible de faire pour justement permettre aux équipes de comprendre les situations et limiter le risque de clivages ou de tensions ?

Il y a une différence entre ce qui doit être instauré tout de suite et ce que l'on peut différer ou planifier. En situation urgente, comme je vous le disais tout à l'heure, on applique les directives et on se questionne après. Ne pas hésiter à solliciter les médecins pour expliquer les décisions, faire le lien avec les pathologies. Mettre en avant la sécurité du patient et dire ce que l'on fait pour ce patient-là. Une bonne connaissance des professionnels des situations. En tant que cadre, il faut avoir la capacité de faire évoluer les choses, ne pas laisser pourrir les situations et favoriser la cohésion d'équipe.

Pourquoi une partie des soignants, qui sont à peu près formés de la même manière et appartenant au même service ont une position si différente dans certaines situations ?

Cela va dépendre du service et des situations... Sur la contention, il y a beaucoup de questions, de plus en plus. Une frange de professionnels comme les infirmières comprendront mieux. Les infirmiers sont en première ligne dans la surveillance et les transmissions. Ils expliquent que la contention est un soin à la famille ou aux patients. Pour les autres soignants, il y a de la projection, il n'y a pas cette distance relationnelle. Je pense que ce terme de distance relationnelle est important, je l'ai souvent employé. Au fur et à mesure, la distance s'amenuise et on se projette et on a plus cette posture professionnelle. On oublie le domaine de soin. Cela dépend du type de patient aussi. Quand je travaillais aux urgences, mes collègues et moi étions maman pour la plupart. C'était extrêmement difficile de s'occuper d'adolescents parce que la distance professionnelle était amenuisée. Il y avait une frontière très floue entre le professionnel et le patient.

C'est pour cela que je parle souvent de la tenue professionnelle, le fait de mettre sa tenue professionnelle. Je considère que cela symbolise le professionnel avec tout ce que cela engendre. C'est à dire ne pas tutoyer sauf exception, pour nous protéger. Être dans la bienveillance et vigilante sur le risque de projection... Si le patient était mon enfant, ma mère...

C'est peut-être un peu méchant mais parfois je constate un manque de maturité ou d'expérience aussi. Cela manque dans l'idée d'aller au bout, d'aller au-delà de voilà des choses que l'on voit. Se questionner, aller chercher autre chose pour ne pas faire de manière très basique. Certains soignants ont du mal à imaginer ce qui est bon pour le patient. Appliquer le protocole le met en sécurité.

Comment, à votre avis, il est possible d'améliorer cela, pour aider les soignants à prendre du recul ?

J'aurais envie de vous dire de permettre de les sortir du service. Aller dans un autre service, que sortir de la zone de confort quelques fois et se confronter à d'autres pratiques à d'autres manières de faire. J'ai demandé à aller travailler en réanimation j'ai demandé à aller travailler dans d'autres services pour pouvoir justement élargir mes horizons et élargir mes connaissances. Aussi me mettre en difficulté pour réfléchir.

Au bout de 3 à 4 années, se confronter à autre chose, à un autre public, à une autre organisation, à d'autres médecins qui ont d'autres manières de voir

Peut-être aussi, mieux les impliquer dans la vie institutionnelle. Il faudrait les intéresser à ce qui se passe au niveau de la direction, des décisions et dans les commissions. C'est important de les inscrire dans les commissions qui parlent de leurs pratiques, qui parle des évolutions de la pratique, de l'institution. Même voir comment nous sommes gouvernés et quelles sont les instances pour élargir leur champ de de connaissances.

Je ne sais pas par quel mode mais les intéresser à disciplines dans des instances o impactent leur leur organisation de terrain.

Inscrire les professionnels dans des missions transversales, que ce soit dans la pédagogie, au niveau des commissions.

Est-ce qu'il y a une place pour l'éthique dans ce que vous évoquez ?

Oui... L'éthique en fait partie. Mais, il est important de l'adapter. Utiliser des cas concrets, des situations vécues. On n'a pas tous le même parcours professionnel mais permettre à travers des lectures par exemple, des compléments de connaissances avec des intervenants extérieurs.

Je pense à un professeur, un anthropologue, de l'école des cadres qui était subjuguant. Il prenait appui sur des situations qui étaient parlantes, qui vulgarisaient et favorisaient le dialogue. Il mettait sa discipline à notre portée. Dans nos échanges, on pouvait l'interpeller et lui-même nous questionner. C'était un espace d'interactivité, ponctué de concret. Il introduisait des termes extrêmement élaborés. Le cours était interactif et on était acteur. Il avait abordé les naissances dans différents pays. Il évoquait son expérience auprès de certaines tribus. Il avait su nous captiver. J'avais regardé ses livres, j'étais allé voir des sites et il nous avait proposé des films à voir. Ce sont des petites choses qui nous interpellent et qui nous parlent.

Outre le fait d'utiliser des situations concrètes et des supports adaptés, comment pourrait-on essayer d'intégrer l'éthique dans la pratique des soignants ?

Faire des réunions pour accompagner les équipes dans la démarche réflexive, je pense qu'effectivement c'est un élément important. Pour autant, dans le quotidien c'est aussi important parce qu'une réunion tous les 3 mois quand on a besoin d'une réponse assez rapidement ce n'est pas évident. Je reviens encore sur la pédagogie. Lorsque j'étais en réanimation, il y avait un réanimateur qui prenait un temps dit temps flash sur par exemple sur l'intubation. Ce temps était identifié et encadré pendant 1h. Des soignants se détachaient. Je me dis que pour amorcer les démarches réflexives, ce serait bien.

Au moment des transmissions, on se questionne mais ce n'est pas forcément approprié parce qu'on n'a le temps. En fin de semaine, on organise ce temps éthique. S'appuyer aussi sur des personnes ressources qui peuvent expliciter une situation urgente avec des supports.

Si une situation questionne, on peut la mettre à l'ordre du jour. Il faut savoir s'arrêter et se poser pour entamer une démarche réflexive. Identifier ce temps-là. Peut-être qu'il y a autre chose, faire appel à des compétences

particulières comme sur les troubles alimentaires chez un adolescent qui refuse de manger qui font appel à des compétences spécifiques. Mettre à la disposition du soignant un certain nombre de ressources qui vont l'aider à faire évoluer sa réflexion. Aujourd'hui ce que j'observe lorsqu'il y a des réunions, il n'y a pas le temps pour réfléchir. Je prends l'exemple des réunions en équipe de nuit, il faut se déplacer pour assister à des réunions qui certes sont intéressantes, mais cela nécessite une mobilisation et je me dis que cela pourrait être dans les deux sens.

Aller auprès du patient, auprès de l'agent pour dépasser le discours que l'on entend « on n'est pas reconnu, on n'est pas écouté ». Dans ce sens, cela veut dire, on vient à vous pour vous écouter et on organise ensemble, on identifie les améliorations et les réflexions pour se questionner. On précise les désaccords ou les demandes d'explications aussi.

Avez-vous connaissance ou avez-vous déjà participé à des instances de réflexion éthique, notamment en psychiatrie ?

Je suis resté très longtemps dans un établissement psychiatrique et il n'y a avait pas cela. On nous parlait beaucoup de pratiques managériales, une certaine approche philosophique aussi mais je ne voyais pas la dimension éthique.

En tant que cadre, j'étais formée à appréhender le poste, les enjeux des acteurs, les enjeux institutionnels mais le terme éthique n'était pas utilisé. Il y avait des instances mais je ne les connaissais pas. C'était distillé dans les pratiques au quotidien en demandant aux cadres de santé ou aux infirmiers de bien respecter la charte, de bien interroger le patient sur la personne de confiance par exemple, sur les directives anticipées. Depuis une dizaine d'années, on parle beaucoup de qualité, de respecter les droits du patient, respecter la parole de la famille.

J'ai beaucoup été sensibilisé à la traçabilité également. Je me suis inscrite dans les missions transversales. Je faisais partie par exemple de la CREX, des commissions pédagogiques. Ces actions étaient priorisées l'encadrement supérieur mais on ne parlait pas d'éthique. En plus, la loi en psychiatrie a évolué notamment sur la notion de contention, il y avait toutes ces commissions sur la privation de liberté. On nous accompagnait beaucoup pour se conformer à la loi, l'ouverture des unités de soins qui ne devaient pas être fermées. Il y a de la réflexion éthique dans ces questions mais on n'en parlait pas.

Et dans l'établissement dans lequel vous travaillez actuellement, savez-vous comment est organisée la réflexion éthique ?

Je suis arrivée depuis le mois de novembre (2021) et à mon grand désarroi j'observe qu'il y a beaucoup de choses à faire. Cette notion d'éthique, je ne l'ai pas encore entendue mais je ne suis pas allée chercher. Je sais qu'il existe des instances et des commissions. Il y a des formations aussi. Le groupe a un projet qui est très important de construction d'un nouvel hôpital qui regroupera plusieurs structures. C'est un projet basé sur la recherche et l'innovation.

Si je cherche, je vais peut-être trouver. A ce jour, les discours dans les réunions d'encadrement, réunions institutionnelles, nous n'en parlons pas. Ce que j'entends, c'est qu'il faut constituer des groupes de travail pour pouvoir intégrer la culture de l'établissement qui va se confronter à la culture de notre établissement. En tout cas, cela ne fait pas partie du corpus de base quand vous arrivez et ce n'est pas c'est pas évoqué. Et ce travail est éloigné de notre quotidien.

Est-ce que vous avez des éléments à ajouter ?

L'entretien était très riche et m'a beaucoup questionné.

Entretien 2

Présentez votre parcours, vos formations et vos expériences professionnelles :

Actuellement, je suis sage-femme en clinique privée de niveau 2A depuis maintenant presque 3 ans, année où j'ai eu mon diplôme d'état. J'ai fait une formation sur des pauses de ballonnets, on a eu une formation sur le label hôpital ami des bébés

De quoi s'agit-il ? C'est une certification pour les maternités en France qui respectent une charte particulière d'accueil du nouveau-né en remplissant un certain nombre de critères). Je suis inscrite DU de psychopathologie périnatale et développement précoce sur un an, pour obtenir des compétences en psychopathologie périnatale et qui peut me permettre après de faire des consultations dans le domaine en plus de l'activité de sage-femme.

Quelle perception de l'éthique avez-vous dans le secteur du soin ? Cela signifie quoi pour vous ?

Je tiens à préciser que je n'ai pas eu de formation sur l'éthique pendant mes études ; c'est vraiment une vision très personnelle affranchie des codes académiques. Je pense que quelque soit le type de soin, l'éthique c'est s'affranchir juste de la technicité des soins et c'est inclure dans de sa propre morale dans sa pratique professionnelle. C'est intégrer l'aspect moral des soins dans les prises de décision. Pour moi, c'est travailler en transparence avec les patients pour leur permettre de prendre des décisions libres et éclairées tout en gardant aussi mes critères de jugement. C'est difficile à expliquer.

Avez-vous des exemples de situations éthiques qui ont pu vous poser question ?

Oui je pense à une situation en particulier. C'était un accouchement qui était long et qui a nécessité une extraction instrumentale. J'ai dû appeler le gynécologue. La patiente avait subi des violences et cela avait été difficile de créer un lien de confiance. En travaillant ensemble toute la journée, on était arrivées à vraiment établir quelque chose. Le gynécologue est arrivé et a fait l'extraction. Cela s'est très mal passé, la patiente était extrêmement douloureuse, pas du tout soulagée par sa péridurale. Elle criait et se débattait ; elle exprimait le fait qu'elle était extrêmement douloureuse et choquée par ce qui était en train de se passer. Je me suis retrouvé dans une posture dans laquelle je savais que ce n'était pas normal parce qu'elle n'était pas censée être aussi douloureuse pour une extraction. On aurait dû arrêter le geste et rappeler l'anesthésiste pour faire en sorte que les choses se passent différemment. J'ai été partagée entre le fait de savoir que ce n'était pas normal et la relation hiérarchique avec le gynécologue dans la salle à ce moment-là. Je n'ai pas trouvé le courage d'intervenir pour m'interposer et dire stop. J'ai plutôt essayé de rassurer la patiente, de la mettre dans une petite bulle pour que cela se passe au mieux alors je savais très bien qu'elle avait raison et qu'elle n'était pas censée être aussi inconfortable pendant ce geste.

Cela m'a posé question. Je me suis sentie complice d'un acte que je ne savais pas normal

Quand on parle d'éthique, je pense spontanément à cette situation.

Par rapport à cette situation, est ce que vous avez eu l'opportunité d'y revenir pour comprendre ce qui a pu se passer ?

Avec la patiente, oui. J'ai eu l'occasion de la revoir après en suites de couches. Je n'ai pas abordé mon ressenti mais plutôt chercher à avoir, à posteriori, son vécu. On a abordé, à froid, comment est-ce qu'elle avait perçu son accouchement, ce qu'elle avait ressenti. On a eu l'occasion de reparler de tout sans que je lui donne mon point de vue sur ce qui s'était passé même si je n'étais pas d'accord avec la manière dont le gynécologue avait agi.

J'ai voulu en discuter avec mes collègues parce que j'ai été très choquée par cette situation que je considère comme violence obstétricale. En tant que professionnelle, j'ai eu du mal à gérer que ce soit en termes de violence perçues et et aussi parce que je me sentais un petit peu coupable de ne pas avoir réagi.

J'ai pu en discuter avec mes collègues je n'ai pas du tout évoqué cela avec le gynécologue en question. Il est difficile d'accès, en fin de carrière et je pense qu'il est complètement hors de ces considérations. Je n'ai pas l'impression que cela aurait pu être constructif. Si la situation se reproduisait, il faudrait à ce moment-là, avoir le courage de le dire. Maintenant, après avoir vécu ce type de situation, je suis à même de mieux analyser et de savoir m'interposer.

Est-ce que dans l'établissement dans lequel vous travaillez, il existe un espace dans lequel cette situation aurait pu être abordée en dehors des relations avec les collègues ?

Pas du tout. J'aurais pu solliciter éventuellement la cadre. Cela m'est déjà arrivé de le faire sur des situations problématiques dans le service ou dans mes relations avec d'autres collègues. Il faut que ce soit à ton initiative pour faire cette démarche, je ne connais pas d'espace où il est possible de chercher conseil, avec des personnes spécialisées qui pourraient avoir un rôle de médiateur.

Est ce qu'il existe, au sein de l'établissement dans lequel vous travaillez, une démarche de réflexion éthique ?

Non pas à ma connaissance. Ce qui peut s'en rapprocher le plus, c'est lorsque l'on traite de dossiers compliqués ou des situations graves dans les RMM. Ce sont des réunions entre personnels médicaux qui se retrouvent à posteriori pour évoquer une situation à laquelle ils ont assisté. Le dossier est repris pour voir, sans aucun jugement, ce qui a été fait et comment améliorer la prise en charge.

Cela peut être un moment au cours duquel on peut discuter de ces questions éthiques mais il n'y a pas de réunion spécialisée. Parfois, la question éthique peut être abordée dans des groupes de travail comme la certification mais il n'y a rien d'organisé.

Est-ce qu'il existe d'autres enjeux éthiques auxquels il est possible de faire référence dans votre pratique ou vos missions ?

Oui, je pense aux relations avec les patients, avec les médecins aussi, en cas de désaccord sur certaines prises en charge par exemple. Je pense aussi particulièrement au moment où nous sommes en en sous-effectif pour travailler. Cela induit et oriente consciemment ou inconsciemment notre discours avec les patients et certaines prises de décisions. Nous choisissons celles qui seront les plus pratiques pour nous en termes de temps et d'organisation. J'ai l'impression que souvent notamment par exemple sur la question de la péridurale on laisse croire aux patientes qu'elles font le choix qu'elles veulent, qu'elles ont fait le choix de cette péridurale alors qu'en réalité elles ont été orientées vers ce choix-là. Notamment parce qu'on n'a pas la possibilité de s'en occuper si elle décide d'accoucher sans. On a donc orienté régulièrement des décisions pour que l'organisation du service soit plus fluide. Je dirais même que c'est quelque chose d'instaurer de manière quasi institutionnelle. Tout le monde a la même pratique et le service est organisé pour cela.

Vous faites allusion au manque d'effectif ; est ce qu'il y a d'autres situations dans lesquelles la question éthique est présente ?

Cela dépend...il y a des situations avec patientes mais souvent, il s'agit de problèmes multifactoriels. Il y a effectivement une question d'organisation du service, c'est progressif fluctuant selon les gardes et l'activité. Je pense aussi qu'il y a une question de formation du personnel, c'est à dire que de manière générale, au sein de l'établissement, on fait la publicité de la salle nature, de l'accompagnement physio au sein de notre maternité mais on ne forme pas les sages femmes. Les formations autour de l'accouchement physio se font selon la volonté et envies de chacun ; ce qui fait que toute l'équipe n'est pas suffisamment formée. En fonction de la journée et en fonction de l'équipe, la patiente pourra plus ou moins réaliser son projet de naissance. Ce n'est pas qu'une question d'organisation et d'activité, c'est aussi une question de formation des professionnels entre ce que l'on propose au patient et ce que l'on a la capacité de leur offrir notamment en termes de compétences et de temps.

Est-ce que dans le cadre de vos études, notamment lors des stages, vous avez été sensibilisée aux enjeux éthiques ?

De manière générale non... Je pense que cela s'est fait régulièrement de manière informelle...Le seul exemple qui me vient, c'est lors d'un stage dans une maternité dans laquelle il y a un centre de dépistage génétique périnatal assez important. Ce sont des centres où l'on diagnostique les pathologies génétiques pendant la grossesse. Ils ont effectivement des staffs éthiques au cours desquels on réfléchit à des prises de décision par rapport aux interruptions médicales de grossesse, sur l'information à donner aux patients, sur les recherches pour savoir jusqu'où aller dans la recherche d'anomalies génétiques. C'est le seul endroit, je pense, où j'ai pu assister vraiment à des réflexions éthiques entre plusieurs professionnels sinon non.

Dans votre présentation, vous avez indiqué avoir suivi plusieurs formations ; et être en cours actuellement ; est ce que le thème de l'éthique est abordé ?

Je pense à la formation « maternité ami des bébés » qui pour moi met en avant le respect du projet de parentalité. Dans cette formation, on a abordé tout ce qui nous permettait d'obtenir la certification, le label, mais l'éthique n'est pas abordée de manière explicite. D'ailleurs c'est un label qui me pose question, un hôpital « ami des bébés » est-il meilleur que celui qui n'aurait pas le label ?

Mais sinon non. Je n'ai pas été formée en cours sur ce thème. Je pense que c'est un élément qui provient d'une sensibilité personnelle à ces questions.

Dans les enseignements du DU, on aborde la grossesse depuis la période pré-conceptionnelle jusqu'à la période postnatale et on traite effectivement les pathologies psychiatriques, les situations de vulnérabilité et de précarités sociales. On a parlé des contextes de violences, tout ce qui peut atteindre les mamans au niveau psychologique et qui a des conséquences sur le développement des premiers liens. Dans ces contextes, il y a de vraies questions éthiques avec le placement des enfants, les informations préoccupantes. En tant que sage-femme, comment disposer d'éléments pour accompagner ces couples, comment amener l'information, comment les aider à prendre certaines décisions. C'est une démarche qui est personnelle, ce n'est pas une démarche imposée

Par rapport aux situations que vous évoquez pouvant engendrer des questionnements éthiques, quelles seraient les modalités d'accompagnement à la décision susceptibles de vous aider ?

L'année dernière j'ai participé à l'enquête nationale périnatale, c'est une enquête qui est réalisée sous la forme d'entretiens, pour faire un état des lieux de la naissance en France. On aborde les éléments de la grossesse, des habitudes pendant la grossesse, de suivi alcool et tabac, du déroulement des consultations et de l'accouchement. Il y avait la question de la douleur ressentie lors des sutures par les patientes aussi. J'ai découvert à cette occasion qu'il y avait énormément de patientes qui étaient très douloureuses au moment des sutures. Cela m'a vraiment posé question ; je me suis dit que, sur ces questions-là, outre les situations que l'on peut vivre à l'instant, il serait intéressant d'initier des groupes de travail pour mieux analyser les dossiers de naissance. Par exemple, pour la question de la douleur, pendant l'accouchement et aussi chaque jour en post-partum, il faudrait que quelqu'un puisse reprendre les dossiers et récupérer ce type d'éléments.

Cela peut-être aussi avoir une vraie réflexion autour ces études. Nous n'avons pas de vraies réflexions sur ces éléments sauf des discussions informelles entre les professionnels concernés. Proposer des groupes de travail sur des sujets bien spécifiques de manière régulière pour ensuite avoir une communication plus large avec les professionnels de santé. Je trouve assez difficile, en fonction des personnalités de chacun, en fonction de son statut aussi d'ouvrir ce genre de discussion. Je pense par exemple à ce gynécologue ou à la cadre du service avec laquelle on peut être en désaccord. Les rapports hiérarchiques en jeu ne sont pas toujours évidents. La participation doit se faire sur la base du volontariat, avec un groupe pluridisciplinaire coordonné par une personne qui aurait un rôle de médiation. Pendant les discussions, il s'agit de porter un regard expert sur les situations.

Vous évoquez une analyse à posteriori de la situation de soins qui a posé un problème ; comment vous envisagez une aide à la décision sur le moment ?

Je pense à la situation que j'ai vécue. Il s'agit d'observer que la patiente n'était pas suffisamment soulagée ; que sa douleur n'était pas suffisamment prise en compte et surtout être à l'écoute.

C'est stressant, je pense notamment à la gynécologue, une personne qui a hiérarchique. Je suis encore en CDD. Je travaille avec l'impression de ne pas être complètement intégrée à l'équipe même si cela fait un petit moment maintenant que j'y travaille. Il y a des choses qui sont plus difficiles à dire sans avoir la protection de l'emploi. De plus, je pense que la parole aurait un petit peu plus de poids aussi. Il y a aussi la question de l'âge, une jeune sage-femme qui aborde ces questions-là avec un gynécologue en fin de carrière, on a moins de chance d'être écoutée.

En situation d'urgence, nous n'avons pas forcément le temps ou l'opportunité de discuter les choses mais lorsqu'une personne se présente, on a du temps pour aborder la situation et préparer le protocole de soins. Comment présenter les soins à la patiente pour respecter au maximum ses volontés

Je pense aux situations d'IMG, plutôt orienter le couple vers une IMG ou au contraire proposer un accompagnement jusqu'au terme avec les conséquences que cela aura Ce genre de situation pose une question

éthique. Nous ne faisons pas beaucoup d'IMG et lorsque je les reçois, c'est vraiment au moment de la prise en charge de la délivrance, tout a déjà été décidé en amont. Cependant, les dernières questions se posent... Comment vous souhaitez accueillir votre bébé ; ce que vous voulez le voir, l'habiller, faire du peau à peau ?

Quand j'ai fait mon stage dans le service de dépistage génétique, on donnait tous les éléments à la patiente et au couple pour expliquer les conséquences à court, moyen et long terme. On ne proposait jamais une solution, il fallait vraiment que cela vienne d'eux. A aucun moment on les orientait, on donnait vraiment les éléments de manière factuelle. Je pense que c'est aussi un enjeu dans toutes les prises en charge. Par exemple, je pense au choix des méthodes de déclenchement. On peut laisser la possibilité aux patientes de choisir le mode dans une certaine mesure. Il faut donner tous les éléments au couple pour qu'il puisse vraiment prendre une décision libre et éclairée. De temps en temps, il nous pose la question : à ma place qu'est-ce que vous auriez fait ? Dans certaines situations, je pense que c'est possible de donner son avis. Pour une IMG, je ne m'y risquerais jamais. Mais pour un mode de déclenchement, en fonction de la situation, si on me demande mon avis, je peux dire, une fois présenté, tous les éléments, si vraiment, ils ont envie de savoir ce que j'aurais fait.

Cela peut aider les personnes à prendre des décisions pour leur santé tout en respectant le code de déontologie.

Je pense aussi au projet de naissance. Pour envisager l'accouchement, on reprend ensemble ce que le couple aimerait, ce qui est possible de faire. Donner tous les éléments au fur et à mesure. Sur la question de l'épisiotomie, je l'aborde souvent bien en amont de l'accouchement, quand on se projette dans l'accouchement : est-ce que vous avez des souhaits ? est-ce qu'il y a des choses auxquelles vous avez réfléchi ? Quand on aborde la question de l'épisiotomie, est-ce que vous préférez, si c'est nécessaire, être averti du geste au contraire, préférez-vous ne pas savoir ? Mettre juste les choses à plat en amont pour que la situation soit vécue de la manière la plus fluide possible.

En urgence, c'est la personne qui est responsable de la patiente qui prend la décision. Cela m'est arrivé il y a peu. C'était une collègue qui était chargée de l'accouchement, elle voulait que je reste. A partir du moment où c'était elle qui avait la charge de l'accouchement, c'était sa responsabilité de sage-femme. J'ai refusé de faire ce qu'elle voulait. Cette question, elle est présente sur des gestes vraiment techniques lors de l'accouchement.

Hors question purement éthique, c'est très factuel. Chacun avance ses arguments à sa manière. Chacun a sa façon de percevoir les choses. Finalement, il y a toujours une personne qui est décisionnaire. Ces discussions, elles peuvent avoir lieu entre différents professionnels pour des situations précises.

Nous avons abordé la vision de l'éthique et de la réflexion éthique en établissement ; est-ce que vous avez des éléments à ajouter ?

Je trouve ce qui est difficile dans ces questions-là, c'est que cela fait appel à notre sensibilité, à notre expérience personnelle, notre perception du bien et du mal dans nos pratiques.

La perception du code de déontologie, des professionnels de santé et du cadre dans lequel on évolue impactent également notre vision. Mais aussi, nos valeurs, notre éducation.

Je trouve que ces questions-là elles sont très difficiles à gérer, il y a des subjectivités qui se rencontrent. La subjectivité du soignant qui est influencé par son vécu et son expérience, ses croyances et ses pratiques. La situation de soin est comme une rencontre et dans le cadre de cette rencontre, un dilemme éthique apparaît. Ce dilemme éthique vient de la vision du soignant et de la situation.

Face à certaines situations, on ne sait pas trop quelle est la meilleure solution, ni où se situe le bénéfice pour le patient, l'intérêt du patient

Est qu'est-ce qu'on ne favorise pas l'intérêt de l'équipe pour des questions d'organisation ?

Il y a l'aspect médico-légal. Les personnes sont plus en plus procédurières et de plus en plus exigeantes. On n'est plus dans un modèle paternaliste, on essaie de faire en sorte que les personnes soient vraiment acteur de leur santé. Il y a aussi ce poids du médical qui vient se confronter aux questions éthiques : est-ce que l'on pense à se protéger ? Il y a moins de place pour l'éthique.

Il y a un peu ce rejet de la fatalité et il y a un peu ce mythe de penser qu'aujourd'hui les techniques font tout. Je me dis souvent quelles conséquences sur la vie de l'enfant et de l'adulte qui deviendra ?

Entretien 3 :

Pouvez-vous présenter ? Quel est votre parcours ? Quelles sont vos expériences ?

Je suis infirmière diplômée d'état depuis 2008. J'ai commencé ma carrière en gérontopsychiatrie, j'ai travaillé un an de jour et un an de nuit. Ensuite, j'ai travaillé en psychiatrie de nuit pendant un an au sein d'une unité de médecine psychiatrique. J'ai demandé une disponibilité à l'hôpital à la suite de mon congé maternité. J'ai commencé à faire des remplacements en libéral. J'ai demandé une installation il y a plusieurs années. En 2020, j'ai démarré le master d'infirmier de pratique avancée. Je suis en deuxième année, je suis en train de préparer que je vais soutenir au mois de juin.

Quelle vision avez-vous de la réflexion éthique ?

En libéral, l'éthique n'est pas abordée. Parfois avec les collègues, on échange sur les situations mais souvent on est seul, livré à soi-même face aux situations. J'ai eu de la chance d'être dans un cabinet composé de 5 infirmières. Lorsqu'on avait des problématiques, on pouvait échanger. Pour ma part, il faut pouvoir parler et analyser une situation avec quelqu'un qui a pas du tout vécu cette situation.

Cela permet d'avoir un regard complètement différent de la situation, de prendre du recul et de prendre de la hauteur par rapport à la situation et de la vivre un petit peu autrement.

L'éthique c'est aussi la perception du bon et du mauvais soignant, surtout en psychiatrie. Les soignants ont du mal à évoquer la manière dont ils vivent les choses, les difficultés de prise en charge les difficultés de situation de soins. Pour cela, il faut un endroit où la parole peut se poser sans peur du jugement de l'autre.

Je me souviens quand je suis arrivé en 2008, j'étais jeune diplômée en service de psychiatrie. Je n'avais pas l'expérience de mes collègues qui avait 40 ans de psychiatrie derrière elles. En plus, elle me rappelait que j'étais jeune infirmière, que je ne connaissais rien et que si je faisais mal les choses c'était ma faute parce que je n'y connaissais rien. Du coup, j'ai dû faire mes preuves. Cela n'a pas été facile de dépasser cela et m'affirmer. L'accompagnement des professionnels et l'écoute fait partie de l'éthique.

De par votre expérience, notamment hospitalière, est ce que vous avez des exemples de mise en œuvre de réflexion éthique à évoquer ?

A part à part des sessions d'analyse de la pratique et ce n'était même pas en tant qu'infirmière, c'était pendant mes études d'infirmières. J'avais fait un stage dans une clinique psychiatrique. Il y avait un psychiatre qui avait proposé aux équipes une fois par semaine d'assister avec une psychologue externe à la structure à des réunions d'analyse de la pratique. On évoquait des situations de soins difficiles.

Ce dont je me souviens, c'est que j'avais trouvé cette démarche hyper intéressante. Des règles de départ étaient posées, le contenu de la séance était confidentiel. C'était réellement un lieu où on pouvait déposer des choses et un lieu d'écoute pour redescendre les tensions Cette perception du bon et du mauvais soignant était masquée, puisque finalement on est tous face à la même situation et ce que je trouvais intéressant aussi dans ce contexte, c'est qu'une personne parlait d'une situation qui avait été difficile et la psychologue faisait rejouer la situation. Elle demandait aux autres soignants comment ils l'auraient gérée. D'autres soignants jouaient la situation à nouveau. L'idée était d'analyser, non pas pour trouver la solution miracle mais pour que chacun puisse réfléchir à ce qui s'était passé et réfléchir à d'autres options. La prochaine fois, le soignant pourrait réagir différemment. Je trouvais ce groupe intéressant mais bizarrement, en psychiatrie, il y avait pas du tout de groupe d'analyse de la pratique. J'y suis restée plus de 3 ans et je n'ai jamais participé à ce type de réunion et je n'ai jamais été sollicité pour ce type de groupes, ni de groupes de réflexion éthique à l'hôpital.

En travaillant en hôpital gériatrique, c'était un peu plus compliqué, parce qu'on était seul. J'étais seule infirmière pour 120 patients donc c'était très compliqué. En libéral, cela existe peut-être mais dont je l'ignore.

Comment vous définiriez la réflexion éthique ?

C'est une notion hyper large. Pour moi l'éthique... Je vais prendre une situation, je pense à des situations difficiles qui me posent beaucoup de questions et l'éthique pour moi c'est le moment où je vais me dire il y a un truc qui ne colle pas mais je ne sais pas comment faire. J'essaie de tout remettre à plat pour essayer de

trouver la solution la meilleure mais ce ne sera pas la solution idéale. Voilà pour moi, ce que représente l'éthique. C'est du quotidien. Il y a des situations sont simples et pour moi l'éthique, la réflexion éthique, elle arrive au moment où il y a une situation qui nous interpelle, qui vous interroge. A ce moment-là, on est dans une réflexion éthique.

Vous avez des exemples à me donner ?

C'était il y a longtemps... J'étais à l'hôpital psychiatrique et je me suis retrouvé confrontée à un patient qui était violent, enfin verbalement, et qui a voulu me taper dessus. Je me suis mise face à lui et je lui ai tenu les mains. Du coup, il a essayé de me mettre un coup de tête et en voulant me mettre le coup de tête, j'ai esquivé le coup de tête et je me suis bloqué le dos. À la suite de cet événement, qui pour moi avait été hyper violent, j'ai été arrêtée 15 jours. J'avais un accident du travail. A mon retour, j'ai appris que le patient avait été mis en isolement. En plus, mes collègues n'avaient pas du tout vécu la situation comme moi et n'avaient pas compris pourquoi il avait été attaché et que cela avait été aussi violent. Il avait eu une camisole chimique aussi. Il n'y avait pas d'analyse de la pratique, ni de réflexion éthique.

Quand je suis revenu au bout de 15 jours, je pensais que mes collègues allaient me demander comment j'allais. Pas du tout. Ils m'ont dit « tu ne te rends pas compte de ce que tu as provoqué, de ce que tu as fait ». Je leur ai dit « je n'ai rien fait ; j'ai vécu une situation hyper violente ». Mes collègues m'ont dit : « tu aurais dû faire comme ceci et comme cela ». A ce moment, j'ai demandé à faire une réunion clinique avec toute l'équipe. J'ai demandé au psychiatre si on pouvait évoquer cette situation, il y avait des éléments qui m'avaient échappé. On a fait la réunion et chacun a pu dire comment il avait vécu la situation. J'ai dit à mes collègues que peut être je n'aurais pas dû me mettre face au patient. A ce moment-là, ce qui était important pour moi, c'était de lui apporter une contention en lui bloquant les mains. Une collègue plus expérimentée m'a dit : « tu t'es mise face à lui, de toute façon il ne voyait rien ». Les soignants ont reproché au psychiatre d'avoir augmenté ses traitements. Le psychiatre a expliqué que pour lui, il fallait que le patient soit contenu. Peut-être que ma réaction n'était pas la bonne. Il fallait de la contention pour ce monsieur. C'est pour cela qu'il l'avait mis en chambre d'isolement. Ce n'était pas parce qu'il avait essayé de me mettre un coup de tête mais parce qu'il pensait que ce patient devait être contenu. La chambre d'isolement était le meilleur moyen pour lui permettre de s'isoler et de se recentrer pour s'apaiser.

Je trouve que d'avoir pu parler tous ensemble a été une très bonne chose. Ce n'était pas une analyse de la pratique mais chacun a pu donner son regard sur cette situation. Cela a permis d'apaiser les choses dans l'équipe et que chacun puisse reprendre son travail sereinement sans garder de grief par rapport aux autres et par rapport à cette situation. Je trouve que cela ressemble à une réflexion éthique.

J'ai appris en psychiatrie que la gestion des patients est particulière. Notamment, ceux en pleine décompensation, je pense que mes collègues avaient raison sur le fait que je n'aurais pas dû me mettre face à lui. Je pense aussi que le psychiatre a envisagé les choses autrement surtout pour ce type de situation. Pour maîtriser ce monsieur, ne pas y aller toute seule. Le psychiatre a décidé de le mettre en chambre d'isolement et de lui faire une injection pour qu'il redescende.

Aujourd'hui, il faut avoir toutes les clés pour arriver à gérer des situations complexes. En libéral, c'est le plus difficile. La gestion de certaines situations est compliquée. Je pense à une histoire un peu compliquée qui nous a beaucoup interrogée. C'était un monsieur qui, après avoir vécu en Afrique est revenu avec une femme beaucoup plus jeune que lui. Ils ont eu une fille ensemble. Ce monsieur avait un cancer métastasé et était en fin de vie. Il est rentré chez lui et était en soins palliatifs ; l'hôpital ne voulait plus le garder. Son épouse le laissait et sortait beaucoup notamment le samedi soir en boîte avec ses copains. La semaine elle travaillait la journée. Le monsieur était souvent seul avec sa fille qui rentrait à midi pour manger. Notre hantise était que ce monsieur décède et que sa fille le trouve. On faisait tout pour arriver tôt le matin ; le soir de la même manière, on organisait nos passages selon les horaires de la fille. Son épouse n'était pas toujours présente. Son cancer faisait qu'il vomissait et avait du sang digéré. Finalement, mes collègues l'ont trouvé décédé. Une de mes collègues a laissé sa tournée, je l'ai reprise. Une autre est revenue de repos parce que nous nous sommes dit, il ne faut pas que sa fille arrive. Il y avait une odeur horrible. Nous avons réussi à bien gérer cette situation. Par contre, nous n'étions pas d'accord entre collègues. Le comportement de sa femme et le rapport qu'elle avait avec cet homme qui était son mari. On avait le sentiment qu'elle s'était mariée pour obtenir des papiers d'identité. Elle ne gérait rien. On s'est posé plein de questions : est ce qu'il faut l'hospitaliser ? Le fait que cette petite fille soit là alors que son père est mourant. On a pu discuter toutes ensembles. On a décidé que ce n'était

pas à nous de décider, que nous allons faire au mieux. On avait quand même évoqué avec l'hôpital nos inquiétudes. On a pu en discuter toutes les 5. Si j'avais été toute seule, cela aurait été beaucoup plus compliqué. Je pense que la réflexion éthique, c'est quelque chose qui doit se faire à plusieurs, dans l'échange et le partage d'expérience. Pour ce monsieur, nous n'avions pas de solution et on a pu gérer sa femme et sa fille. Je ne voulais pas qu'elles soient traumatisées. Jusqu'au bout, on se demandait s'il ne fallait pas qu'on rappelle l'hôpital. Le patient voulait rester à domicile. Son épouse n'était pas très présente mais elle n'était pas d'accord pour qu'il retourne à l'hôpital. L'hôpital répondait qu'il n'y avait pas de raison de l'hospitaliser.

J'ai le sentiment que nous avons bien géré. Nous ne sommes pas parties dans tous les sens, chacune d'entre nous a pu avoir sa propre réflexion par rapport à cette situation et la partager. On a pu en parler en réunion d'équipe. Cela peut être violent pour nous de voir que nos décisions ne sont pas respectées mais de quel droit on peut décider au nom du patient. Ce n'est pas à nous de prendre la décision, on doit respecter ce choix et l'accompagner. Si je devais revenir en arrière, peut être que je parlerais un petit peu plus avec la petite fille pour savoir si elle sait ce qui se passe ou au moins écouter ce qu'elle a à dire.

Quels sont les éléments particulièrement importants pour vous dans ce type de prise en charge a posteriori ?

Pour moi, c'est de préserver le droit du patient, c'est primordial. Il ne faut outrepasser le secret professionnel aussi. C'est très important d'autant plus en libéral. Ne pas imposer une hospitalisation pour le coup. Si ce n'est pas dangereux pour les autres et que la personne veut simplement mourir à domicile. C'est son droit et pour nous notre devoir de soignants, c'est de l'accompagner jusqu'au bout. Au niveau éthique, il faut que l'on puisse accompagner jusqu'au bout le patient sans jugement ; sans faire de différence entre les uns et les autres.

Dans la dernière situation, vous évoquez des personnes appartenant à des groupes sociaux différents, issus de cultures différentes ; est ce que vous intégrez cela dans votre pratique ? Si oui, comment ?

La transculturalité, c'est hyper important pour moi. On ne va pas prendre en charge un Maghrébin comme on va prendre en charge un Roumain par exemple, c'est un peu un stéréotype.

Je pense que la question de la transculturalité n'est pas assez intégrée dans le soin ; ce n'est pas assez prégnant. A l'hôpital, je l'ai vu. A domicile, c'est plus important encore. A l'hôpital, le patient vient. Quelque part, illusoirement, il est à votre merci puisque c'est lui qui vient. A domicile, le patient vous laisse rentrer chez vous. Il vous fait confiance et il veut que vous le preniez en charge chez lui.

Du coup, c'est à vous de vous adapter à lui. Je pense à une situation. Il s'agit d'une dame avec 3 enfants en bas âge d'origine maghrébine. Elle était à domicile et avait un cancer de l'estomac. Pour elle et pour ses enfants en bas âge, c'était hyper important de faire ses prières à heure fixe. Je me suis organisée pour ne pas venir sur ces moments. Je pense aussi à une dame chez qui nous allons. Un jour, je rentre et je l'entends dire : « Ah non non, vous ne venez pas à l'heure de la messe ». Je trouve cela rigolo mais il n'y a pas de souci ; je lui demandé à quelle heure était la messe ? Elle m'a donné ses horaires et je lui ai dit que je ne viendrai pas à ce moment-là.

Je pense que prendre l'Autre de manière multidimensionnelle, dans sa multiculturalité est vraiment est hyper important. Dans le soin, je pense que nous avons peut-être des choses à aller travailler.

Je pense aussi à une situation que je n'ai pas vécue en tant que soignante. J'ai amené ma fille aux urgences pédiatriques. Devant les urgences pédiatriques, il y avait une vingtaine de personnes (des Roms). L'infirmière n'en pouvait plus des allers-retours, ils rentraient et sortaient sans cesse. L'infirmière était exaspérée de voir tout ce monde pour un enfant. A un moment, je suis allée la voir et je lui ai dit : « Vous savez, chez les Roms, les enfants c'est sacré, essayez de voir qui est le patriarche et prenez le comme interlocuteur dans cette famille, les autres ne vous embêteront plus ». Effectivement, dès le moment où elle a pu identifier la personne ressource, il a pu faire le lien avec les autres, tout s'est apaisé.

Pour le coup, je pense que de connaître l'Autre dans sa culture et de connaître l'Autre dans ses valeurs peut aider. Je ne dis pas qu'il faut connaître tout le monde, il faut aussi se méfier des stéréotypes.

L'idée c'est vraiment d'accueillir l'Autre dans sa différence. Cela aide dans le soin et facilite dans la prise en charge. Quand vous êtes soignant et que vous êtes empathique, que vous rassurez le patient dès le départ, c'est plus facile. Il faut essayer de parler avec lui et de comprendre, d'aller un petit peu plus loin dans la relation que simplement vous avez besoin d'un pansement ; je vous fais un pansement. Je pense à un patient dernièrement,

c'est quelque chose d'anodin mais cela m'a marquée. Il a une fracture du tibia et il a un plâtre ; on doit lui faire des injections. En discutant avec lui, j'ai réalisé que tous les matins, il prenait le métro jusqu'au lycée. Il est d'origine comorienne. Il doit partir très tôt pour arriver à l'heure. Sa maman avait été un peu virulente dans sa demande de soin. On n'avait pas tout de suite compris. En général, je ne vais pas chez les patients avec des préjugés. Effectivement, la mère était un peu violente mais je me suis dit on va voir. Quand je suis arrivée, j'ai demandé au patient pourquoi sa mère est aussi stressée. Il m'a dit : « c'est parce qu'elle ne veut pas que je sois en retard ». J'ai pu évoquer avec lui son avenir, sur ce qui avait de l'importance. J'ai compris leur demande, qui n'avait rien de culturel, c'était plus une demande par rapport au fait qu'avec le plâtre, il avait besoin de partir une demi-heure plus tôt encore.

Dès lors que nous avons convenu de venir plus tôt, tout s'est passé sans problème.

La parole, l'échange sont les supports à la relation de soin. Quand vous allez faire une piqûre à quelqu'un, vous gérez tout au niveau technique mais finalement, rentrer, piquer et sortir, vous êtes technicien du soin. Discuter, comprendre, cela va prendre du temps. Ce jeune doit aller prendre le métro, en discutant, il s'est dit je suis rassuré et elle va arriver à l'heure. Je vais pouvoir aller en cours.

J'ai déjà vu des infirmières qui rentrent, font la piqûre et partent sans dire un mot. C'est l'expérience qui aide ; au début, dans ma pratique surtout en libéral, je n'étais peut-être pas la même que celle que je suis devenue aujourd'hui. J'ai géré des situations plus ou moins complexes, des soins plus compliqués qui font que je suis plus efficace. On n'arrive plus facilement à créer les conditions pour entrer en relation.

Vous évoquez votre expérience et comment vos pratiques ont évolué, si je reviens à la situation que vous avez décrite au début sur la crise du Monsieur en hôpital psychiatrique, avec le recul, comment pensez-vous la gérer aujourd'hui si vous deviez y faire face et comment vous souhaiteriez être aidée ?

Je pense vraiment que l'établissement aurait dû me proposer de voir une psychologue pour savoir comment j'avais vécu la situation. J'ai eu de la chance. J'ai pu expliquer à mon entourage ce qui m'est arrivé. Pouvoir dire ce qui m'était arrivé, comment je l'avais vécu m'a permis de le poser. J'ai réussi à l'intégrer et à l'analyser moi-même. Mais c'est vrai que cela m'aurait peut-être aidé de pouvoir en parler à quelqu'un de complètement extérieur au service qui aurait pu m'aider à analyser un petit peu plus la situation. Et mettre moins de temps à intégrer tout ce que j'ai intégré après. Du coup, je suis restée 15 jours chez moi. La première semaine, je me suis dit qu'est-ce que j'ai mal fait ? Je suis une jeune infirmière et quand on est jeune soignant, on n'est pas encore armé pour affronter des situations comme celles-là. Après, une fois de retour, voir la réaction de mes collègues, je me suis dit c'est le monde à l'envers. C'est moi qui prends un coup et pour finir c'est de ma faute.

Le fait d'avoir pu en parler après, m'a aidé. Mais, si en amont, j'avais pu le déposer avec un professionnel, cela m'aurait aidé effectivement. 20 ans après, j'en parle encore ! C'est vraiment une situation, au tout début de ma carrière qui m'a marquée à titre individuel. Mettre en place une analyse de la pratique, cela aurait permis à tout le groupe de changer pour explorer le comment. Chacun a pu dire comment il avait ou aurait géré à ce moment-là. C'était une première approche.

Cela aurait pu être une situation qu'on aurait pu présenter dans un groupe éthique. Demander à des collègues d'un autre service ou d'un autre établissement ce qu'ils en pensent pour qu'il n'y ait pas de conflit d'intérêt avec les services de l'hôpital. Faire appel à des personnes pas du tout concernées et neutres, qui vont avoir un regard toujours bienveillant, faire preuve de justice pour mieux accompagner et aider les équipes.

Il n'y a pas de solution idéale mais on peut des recommandations sur des actions. Cette situation en comité d'éthique aurait eu sa place parce que pour moi c'est une situation compliquée.

Je souhaiterais qu'elle puisse être décortiquée et soumise au comité de l'éthique pour une évaluation et des recommandations. Par rapport au comité d'éthique, je suis loin de l'institution aujourd'hui mais je pense que j'attendrais aussi plus de soutien de ma hiérarchie.

Je n'irai pas à l'encontre des cadres. Je proposerai une réflexion éthique autour de la situation. La réflexion éthique doit être facilitatrice, enfin il me semble.

Il faudrait communiquer aussi, ne serait-ce que sur des panneaux, pour rappeler les principes essentiels pour les soignants.

Qu'attendez-vous de la hiérarchie dans la réflexion éthique ?

Je pense que la hiérarchie est là pour rassurer les équipes sur ce concept. Dire que nous sommes là pour travailler tous ensemble ; qu'il faut être bienveillant les uns avec les autres. Je pense que la hiérarchie doit permettre aux soignants, au quotidien, de parler, se dire des choses.

Dans des services de soins généraux, c'est évident mais encore plus dans des services de psychiatrie où justement la relation à l'autre est vraiment présente. Finalement le soin relationnel a une place prédominante sur le reste. On peut vivre des choses hyper difficiles, entendre des soignants raconter. On peut faire vivre des choses hyper difficiles au patient. Il faut pourvoir à moment donné poser les choses les uns avec les autres ou en tout cas s'interroger sur telle ou telle situation pour prendre du recul. Cela permet d'améliorer la prise en charge des patients. C'est évident que le quotidien doit être dans la réflexion éthique sans le dire que toutes les 2 min. Il faut être capable d'avoir cette réflexion et d'avoir cette capacité à se dire que cette situation est difficile. Je vais prendre de la hauteur, il faut qu'on puisse en parler et je vais demander conseil à mes collègues. Si cela ne suffit pas, il faut en parler avec la cadre. En parler avec le psychiatre et trouver des solutions sans dire d'aller jusqu'au comité d'éthique mais il me semble que c'est quelque chose de l'ordre de la réflexion éthique qui doit faire partie du quotidien. Le cadre de la réflexion doit être posé, en bienveillance, en justice. Je pense vraiment que le mot bienveillance et le mot éthique, ce sont des mots qui vont ensemble. Cela ne peut pas se faire sans bienveillance. Je pense que parce qu'un comité d'éthique ne doit pas gérer les erreurs. Si il y a une erreur de transfusion, il faut qu'on reprenne tout en équipe.

Le comité d'éthique est une instance de référence. Ce n'est pas une instance vers qui on se tourne à chaque problème. Pour avoir connu des réunions cliniques on soulevait ce qui était problématique pour nous avec une prise en charge. Le psychiatre organisait une présentation théorique sur la clinique du patient. C'est important qu'il y ait plusieurs types de réunions pour ne pas tout mélanger.

Vous évoquez les éléments cliniques dans le suivi des patients, en tant que future IPA, comment vous pensez pouvoir vous positionner face à la réflexion éthique ?

Il y a l'analyse de pratique professionnelle que j'espère pouvoir être amenée à animer. Des sessions d'analyse de la pratique ouvertes à tous les professionnels. Après sur le terrain, en tant qu'IPA, je vais être amenée à suivre des patients en grande fragilité. C'est vrai que la réflexion éthique se retrouve dans ces situations de soins.

Le fait d'avoir plus de connaissances cliniques aura pour conséquence d'avoir un regard différent. J'ai déjà un regard différent par rapport à mes patients sur certaines choses que je ne comprenais pas avant. Dans mes prises en charge, le rapport au patient restera le même. Ma vision va être un petit peu médicale entre guillemets, mon approche éthique, en ayant un peu plus de compétences risque de changer. On peut être amené à encadrer les acteurs du soin et avoir un regard un peu différent.

Est-ce que l'éthique est abordée en formation d'IPA ?

Non, ni à l'école d'infirmière. On n'a pas eu d'éthique, on a eu des cours sur la législation. On a évoqué le comité d'éthique institutionnel. Il y a eu un cours sur l'analyse de la pratique. On apprend aussi à coordonner des ateliers d'éducation thérapeutique, on est capable d'animer une séance de d'analyse de la pratique. On a eu un cours sur des situations cliniques. On avait des situations complexes de soins. Il fallait tout décortiquer et amener des réflexions autour de ces situations. Les réflexions devaient être dans le cadre des principes de l'éthique que sont la bientraitance, la non-malfaisance, la justice et la bienfaisance. Pour ces situations, on a travaillé par groupe pour préparer une présentation sur les différents éléments de la situation en concluant sur les leviers positifs, les ressources par rapport à la situation. On a pu dire comment on avait vécu chaque situation.

Par contre, lorsque vous dites que vous avez abordé ces principes, oui, c'est de l'éthique tout de même...

Vous avez raison on a survolé, c'était en première année, c'était en même temps que la législation. On avait évoqué le secret professionnel aussi. On avait eu un cours d'éthique en TD. On a évoqué les instances et les comités d'éthique hospitaliers, le fait de pouvoir participer à des comités d'éthique proposer des mises en place de réflexion éthique dans les établissements.

On arrive à la fin de l'entretien, avez-vous des précisions à apporter ?

Je ne pensais ne pas avoir autant de théorie sur l'éthique... Je fais de la réflexion éthique sans le savoir. En conclusion, après notre échange, je dirais que pour moi, elle doit être quotidienne. En tant que soignant, elle doit permettre l'échange. La réflexion éthique, ce n'est pas quelque chose que l'on vit seul ; elle doit se faire à plusieurs et elle doit être bienveillante.

Entretien 4

Pouvez-vous présenter votre parcours et vos expériences ?

Actuellement, je suis directrice de l'hôpital de jour psychiatrique mais avant d'avoir pris cette fonction, j'ai effectué d'autres missions. Je vais reprendre au niveau de ma formation. J'ai un doctorat en droit de la santé que j'ai fait sur les soins psychiatriques sans consentement donc je suis juriste de formation. J'ai un parcours classique de type licence et maîtrise de droit privé. J'ai travaillé avant cette expérience pendant une dizaine d'années comme directrice juridique d'un établissement de santé mentale. Pendant cette expérience-là, j'ai pu faire ma thèse. J'ai également un master 2 en management et administration des entreprises pour pouvoir accéder à des fonctions de directeur d'établissement. Je prépare actuellement un DU Philosophie de la santé. Parallèlement, je donne quelques cours en vacances en droit de santé.

Que représente la réflexion éthique pour vous ?

J'ai commencé à m'intéresser à l'éthique en psychiatrie lorsque j'étais directrice juridique à l'établissement de santé mentale puisque on m'a demandé de mettre en place un comité d'éthique. Il y a eu d'abord une première réflexion qui est partie des exigences de la HAS qui était d'avoir, me semble-t-il, de mémoire un espace de réflexion éthique. Je crois qu'il est présenté comme cela. Il s'avère l'établissement pour lequel je travaillais, comportait plusieurs établissements, une maison d'accueil spécialisée et des établissements qui peuvent sociaux. On a fait le choix, au départ, avec la direction qualité de l'établissement sanitaire mais aussi avec les administrateurs du Conseil d'administration d'élargir cette démarche à tous les établissements du groupe pour faire quelque chose de beaucoup plus large. La réflexion était aussi nécessaire dans tous les établissements.

Pouvez-vous me préciser dans quel contexte a été créé le comité d'éthique ?

Alors les étapes... cela m'oblige à me remettre dans mes souvenirs... On m'a demandé d'y participer parce que j'avais des connaissances. Il y avait beaucoup de questionnements par rapport aux patients, toutes les réflexions éthiques qu'on avait partait bien souvent de la problématique comment aligner liberté et sécurité, liberté d'aller et venir des patients. Enfin, on avait des remontées de manière un peu informelle de la part des soignants et des équipes.

Je me rappelle une situation qui nous a poussés vers la mise en œuvre du comité d'éthique. Il y avait un patient qui était sous contention, il était très longtemps et on a appelé la police. Dans ce genre de situation, quand on avait un patient violent, on appelait systématiquement la police. Cet appel questionnait et certains ne comprenaient pas pourquoi il était automatique.

En tant que juriste, sur les questions relatives à la liberté et à la sécurité, j'apportais souvent aux professionnels un raisonnement uniquement juridique. Souvent, les gens étaient frustrés. Elle va nous dire ce qui est interdit ou pas, permis ou pas.

C'est alors que je leur ai dit qu'il était nécessaire de réfléchir ensemble à la mise en place d'une réflexion éthique en mettant en avant ce qui est le mieux pour le patient comme réponse.

Dans l'éthique, il n'y a pas de position tranchée et ce qui manquait c'était justement cela. Le fait de ne pas rester cibler uniquement sur le juridique. Je dirais que naturellement la direction s'est tournée vers moi. J'ai cette sensibilité, je fais de la philosophie mais je ne prétends pas être une juriste rigide. Je pense vraiment qu'il faut s'adapter à la situation et faire ce qui est le mieux pour le patient. Cela rejoignait les principes éthiques de Beauchamp et Childress : la bienfaisance, la non-maltraitance, l'autonomie et la justice sociale. C'est dans cet état d'esprit que j'ai accepté de mettre en place le comité d'éthique. Pour moi, cela se rapprochait de ce que je faisais au quotidien et que cela m'intéresse. Dans le conseil d'administration, il y avait un administrateur, un sociologue à la retraite qui s'intéressait aussi beaucoup à ces sujets. Je m'entendais très bien avec lui et on a convenu de le faire ensemble. On a commencé à réfléchir ensemble.

En termes de méthode, comment avez-vous procédé ?

On a commencé à réfléchir à la composition de ce comité. On s'est dit que ce serait intéressant qu'il soit vraiment pluridisciplinaire ; le plus possible. La première chose que j'ai faite, je me suis mise en lien avec un centre psychothérapeutique à proximité qui est un établissement du même type. Je savais qu'il y en avait déjà un au sein de leur structure. Je me suis dit je vais aller voir ce qui se fait ailleurs et ils ont eu la gentillesse de m'accueillir et de m'expliquer comment il s'était organisé. J'ai trouvé que c'était intéressant. Je suis revenue avec un certain nombre d'informations intéressantes que j'ai soumises aux membres du Conseil d'administration. J'ai pu constater que leur comité d'éthique était vraiment pluridisciplinaire, piloté par une psychologue. J'ai envie de dire peu importe, mais il y avait des représentants du soin, des représentants du monde judiciaire, des représentants des usagers et des philosophes aussi. On a transposé cela et on s'est retrouvé avec un comité d'éthique composé de professionnels issus des services, on avait un avocat, un professeur d'université en philosophie, une professeure de philosophie de l'Education Nationale, des professionnels du soin et des services administratifs et des services logistiques. Au total, si mes souvenirs sont exacts, cela représentait à peu près une petite dizaine de personnes issues d'horizons divers. Ce qui était important pour nous, c'était la présence de philosophes qui était fondamentale. L'éthique répond à un minimum de méthode, des notions bien précises. On ne voulait pas que cela parte dans tous les sens, que ce soit des discussions un peu café du commerce. La présence de philosophes permet vraiment de recentrer les questions autour des principes éthiques. Pour les équipes, on a voulu que ce soit avant tout des gens qui soient très sensibles à ces sujets. On a fait en sorte que ce soit des personnes qui soient animées et qui soient convaincues ; on ne voulait que ce soit des gens qui soient là pour faire simplement partie d'une commission. Un autre principe qui nous a semblé important est que cela ne soit pas protocolisé. Je peux témoigner que c'est quelque chose qui fonctionne bien. Certes, même si la HAS l'évoque, on a vraiment tenu à ce que cela soit quelque chose hors cadre, un peu à part. Il nous a semblé et il me semble même que c'est une condition importante pour que cela fonctionne. Les responsables qualité avaient du mal à l'entendre. Très vite, ils ont voulu qu'on protocolise un certain nombre de choses. On s'y est tous opposé, pas pour rejeter le cadre mais pour faire en sorte que cela soit vraiment un espace de liberté et d'échange.

Il y avait tout de même un formulaire de saisine pour chaque situation. On rappelait les règles au départ dès qu'il y avait une saisine. Chaque situation est unique ; on ne pouvait pas transposer une situation à une autre. On ne pouvait pas formaliser une démarche trop précise. Pour le service qualité, il faut mettre en place des outils pour que cela ne se reproduise pas. Pour le comité d'éthique, son rôle est de réfléchir, de ne pas prendre de décision et d'émettre des préconisations.

Quand des professionnels, par exemple une équipe, saisissait le comité d'éthique, il devait exposer la situation. La trame de saisine était bien faite, il fallait que cela soit en lien avec des problématiques éthiques. Il y a eu des demandes qui n'avaient rien à faire là : des demandes d'augmentation de salaire par exemple. On rappelait surtout que le comité d'éthique rendait des préconisations qui s'appliquaient uniquement à une situation. On discutait uniquement de ce qui concernait un patient. C'était ce patient et pas un autre, donc ce n'était pas transposable et il était important de rappeler ce principe. C'est pour cela que je ne voulais pas de protocole dans la mesure où on pouvait aussi refuser catégoriquement de statuer.

Quand on étudiait une saisine, cela prenait plusieurs séances. Il y avait cette notion du temps qui était importante. L'objectif était d'essayer de ne pas faire ce que l'on fait au quotidien, c'est à dire de ne pas avoir la tête dans le guidon. Le risque était de rendre une décision rapide. Pour nous, ce qui est important, c'était de prendre le temps. Si on sentait que la saisine était un cas urgent, c'était peut-être un peu différent mais globalement on prenait le temps. Il y avait des choses qui remuent un peu. Pour les membres du comité d'éthique, pour certaines situations, on pensait que ce n'était pas normal, on ne voulait pas laisser en l'état. Il fallait arriver à sortir de la situation et mettre de côté l'aspect un peu jugeant. Généralement, cela fonctionnait bien. Entre les séances, on avait le temps de cogiter, de prendre du recul et on arrivait beaucoup plus facilement à traiter le cas. On était moins dans l'émotion. Au départ, on découvre quelque chose qui nous semble choquant ou inadmissible, contraire à nos valeurs.

Vous évoquez plusieurs séances pour une saisine, pouvez-vous préciser ?

En général on arrivait à répondre en 2 séances. La première permettait de faire une sorte de brainstorming pour évacuer les éléments un peu difficiles et la suivante servait à restructurer un peu le tout. On rendrait un avis, je ne me souviens plus, mais il me semble que c'était sous forme de relevé qui reprenait des préconisations.

Souvent, on reformulait la saisine parce que les équipes nous écrivaient des choses avec leur vécu. On essayait de synthétiser les points de vue pour écrire les préconisations. Il n'y avait pas de réponse forcément tranchée. La conclusion était une liste de préconisations diffusée uniquement aux personnes qui avaient fait la saisine. C'était volontaire de notre part, de répondre uniquement à ceux qui avaient fait la saisine.

Pourquoi cela ?

Parce que on ne voulait pas que cela donne lieu à interprétation, on partait du principe que quelqu'un qui ne connaissait pas la situation, qui travaillait dans un autre service ou dans un autre établissement se retrouve destinataire de ce genre de d'information. Cela pouvait donner lieu à être repris et réinterprété par des gens qui n'avaient pas connaissance de la situation.

Les comptes-rendus étaient accessibles pour les personnes qui avaient fait la saisine et qui pouvaient les consulter. On répondait uniquement à ceux qui nous posaient la question.

Je reviens sur la composition, vous avez évoqué avoir fait appel à des personnes sensibles à la réflexion éthique, comment vous avez fait pour repérer ces personnes ? comment s'est faite la sélection ?

On a lancé un appel à candidature ; c'était sur la base du volontariat. Cela a permis naturellement de sélectionner des gens. Comme c'était du bénévolat et hors temps de travail, d'une certaine manière, je dirais que le simple fait de poser ces règles a limité naturellement les candidatures. On expliquait que les personnes n'étaient pas liées, on attendait tout de même un engagement pour que cela fonctionne mais si une personne au bout d'un an ou 2 nous disait je n'ai plus le temps ou je n'ai plus la motivation, on ne la retenait pas.

Les réunions avaient lieu le soir, on comprend que cela puisse être difficile pour certaines personnes. Pour les intervenants extérieurs, notamment les enseignants de philosophie, on remboursait uniquement les frais de trajet.

On ne s'en est pas trop mal sorti, on en a trouvé. Ce n'est pas évident. Pour les intervenants extérieurs, c'est compliqué. Par exemple, pour l'avocat, nous avons la chance dans le Conseil d'administration de disposer d'une avocate qui connaissait un confrère intéressé. Pour trouver les philosophes, on a fonctionné de la même manière, par le bouche à oreille. Mais cela demande du temps de trouver des intervenants, de les convaincre, il faut que cela soit des gens hyper sensibles à la question.

Au départ, la réunion avait lieu une fois par trimestre, puis au fil du temps une fois tous les 2 mois parce que cela ne suffisait plus. A l'heure actuelle, je ne sais pas. Il fallait une régularité tout de même, il ne fallait pas que cela soit trop espacé. Il fallait répondre à l'équipe et surtout que cela reste dans l'esprit, c'est-à-dire une saisine, une réponse. On répondait à plusieurs saisines en même temps, comme cela arrivait des fois, cela pouvait être 2 situations. Par exemple, on commençait à dégrossir une première situation et on finissait de répondre à une autre.

Pouvez-vous me dire comment a été déterminé le nom de l'instance ?

Le nom choisi était comité d'éthique. Je sais que dans certains établissements, on appelle cette instance le conseil d'éthique. Je peux comprendre que cela puisse faire débat. Il y a des endroits où l'on parle de l'espace de réflexion éthique. C'est un sujet de choisir le nom, de comment l'appeler. Je ne sais plus pourquoi mais il me semble que cela n'a pas donné lieu à discussion.

Comment l'instance éthique a trouvé sa place dans l'établissement ?

Dès la mise en œuvre du comité d'éthique, celui-ci a été placé au-dessus de l'institution ou à côté... J'ai l'impression que le personnel, petit à petit, a apprécié le fait que cet espace existe. Par contre, je reste convaincue qu'il faut que cela soit incarné. C'est comme la bienveillance, on parle beaucoup mais il ne faut pas que ça soit une mode. C'est délicat, à l'heure actuelle, on sait qu'en milieu hospitalier c'est tout de même assez difficile. Il y a des tensions, il y a plein de choses qui se passent. Il ne faut pas que cela soit vécu par le personnel comme une instance un peu hypocrite... Vous créez un tel comité mais à côté, vous n'augmentez pas les salaires. Avec tous les débats que l'on retrouve au sein d'un établissement hospitalier, cela demande un peu de pédagogie, c'est à dire rappeler qu'il s'agit de traiter certaines situations et que certaines discussions n'ont ne rentrent pas là-dedans. On avait communiqué là-dessus sous forme de supports, affiches... Aussi, on a fait des rappels réguliers pour vraiment réexpliquer ce que c'est et ce que cela n'est pas, c'est à dire ce n'est

pas une annexe du comité d'entreprise enfin du CSE. On avait reçu un courrier du personnel, de plusieurs membres d'ailleurs, qui disait que ce n'était pas éthique de payer les gens à ce salaire-là. Il faut donc bien remettre les choses à leur place.

Quelles ont été les principales difficultés ?

C'est dans les préconisations à faire, ce n'était pas simple. Je me souviens, par exemple, d'un patient qui était à la fois patient de l'hôpital psychiatrique et résident de la maison d'accueil spécialisée. Cela crée des problèmes éthiques, parce qu'en fonction de l'établissement dans lequel il était, cela fonctionnait différemment. Dans les préconisations, on avait mis en avant ce qui nous paraissait être quelque chose de tout simple, c'était de mettre en relation les 2 médecins. On avait préconisé un dialogue entre eux pour harmoniser la prise en charge. Lorsque les 2 médecins chefs ont vu les préconisations, leur réaction a été de dire « Non mais de quoi vous vous mêlez ! On fait notre boulot ! ». Tout de suite, ils ont considéré que les préconisations signifiaient qu'ils ne travaillaient pas de manière éthique. En fait, ce n'était pas le sujet. Il s'agissait d'un problème de coordination entre les 2 établissements ; cela ne voulait pas dire que les 2 médecins ne travaillaient pas correctement. Comme le lien avait du mal à se faire, cela engendrait des problématiques pour le patient qui en subissait directement les conséquences. On était plus dans la bienfaisance.

Ce qui était compliqué, c'était de gérer les retours écrits. Je pilotais la saisie. Je gardais un classeur dans mon bureau avec tous les comptes-rendus. Si quelqu'un voulait consulter, il pouvait le faire et j'étais là pour éventuellement expliquer ou préciser pourquoi telle décision avait été prise. Mais cela ne se bousculait pas au portillon pour consulter. Il y a aussi des préconisations qui sont difficiles à entendre pour les professionnels, je pense par exemple aux demandes relatives à l'autonomie de la personne, au refus de soin. Je me souviens d'un patient de la maison d'accueil spécialisée qui avait un carcinome, un cancer de la peau sans métastases à évolution lente. A terme, sans traitement, il serait défiguré. Lors de la réflexion éthique, la préconisation a été de laisser faire parce que le patient refusait catégoriquement les soins. L'équipe soignante a très mal réagi. Pour eux, ce n'était pas possible de laisser quelqu'un sans traitement. L'objectif est de soigner.

Comment s'organisait la transmission de la réponse écrite ? Faisait-elle l'objet d'un entretien ?

Non, c'était juste transmis. Je pense, avec le recul, cela aurait mérité de rencontrer les personnes qui avaient fait la saisie. C'était un peu froid et un peu formel. Comme cela touche à des choses qui sont éventuellement très sensibles, cela aurait, je pense, mérité un contact direct et quelques explications.

Qui, selon vous, serait la personne la plus adaptée pour faire cela ?

Je dirais pas forcément le coordinateur du comité d'éthique... Un membre du comité d'éthique qui a participé aux réunions. Je pense que l'on ne retransmet jamais tout à fait la même chose à l'écrit et à l'oral. Je pense qu'effectivement, nous n'étions pas très bon sur la fin du processus. En fait, il y avait une démarche d'évaluation mais qui était un peu simpliste.

Comment avez-vous fait en sorte de l'inscrire dans la durée ? Eviter un essoufflement ?

Je ne l'ai pas connu si longtemps. Il a été créé sur la fin de mes fonctions. Aujourd'hui, je ne sais pas ce qu'il est devenu. Il était prévu au départ de mener une réflexion pour une inscription dans la durée. L'institution avait ce souci-là, cette préoccupation-là, l'idée que cela fonctionne sur le long terme. J'ai surtout été là pour la mise en route, la phase début et de pérennisation. Après, je suis partie. Je ne sais pas si cela s'est essoufflé. Je dirais que je l'ai vécu 2 ans.

Avec le recul, qu'est ce qui peut permettre d'assurer sa pérennité ?

Je pense que c'est important de sensibiliser tout le monde comme on l'a dit tout à l'heure. On a tous l'impression d'avoir une éthique personnelle, une déontologie... C'est important que les gens ne se sentent pas attaqués. On dit souvent l'enfer est pavé de bonnes intentions, c'est à dire que même en équipe, on pense bien faire les choses et puis si on prend un peu de recul, on se dit finalement on aurait pu faire autrement. On a essayé de communiquer auprès du personnel, de leur dire que le but n'est pas de juger leur travail. Il y a eu aussi des réflexions de la part des soignants qui m'ont dit : « nous, on est sur le terrain, vous êtes dans votre bulle ». Ils ont vu la création de l'instance comme quelque chose de facile, des personnes qui étaient là pour philosopher alors qu'ils étaient sur le terrain. Il fallait que tout le monde comprenne que c'est une démarche pour tout le monde et qui peut apporter à tous.

Est-ce que les patients pouvaient saisir le comité d'éthique ?

Non, mais cela a donné lieu à un débat. Je ne sais pas si c'est toujours le cas aujourd'hui. On a considéré à l'époque, que c'était vraiment pour le personnel et uniquement pour le personnel. Le personnel entendu au sens large, c'est-à-dire toutes les personnes qui intervenaient à l'hôpital. Par contre, on considérait qu'un patient avait d'autres moyens de se faire entendre. Je ne sais pas comment cela se passe dans les autres établissements, c'est un choix institutionnel. Je ne sais pas ce qui est le mieux.

Cela dépend des modalités de dialogue dans les institutions et de la taille de l'institution. L'hôpital dans lequel je travaillais avait 150 lits et 700 salariés. Ce n'est pas énorme ; et je ne sais plus les chiffres pour les autres établissements. Il y avait 5 établissements au total. Si les patients avaient pu le saisir, je pense que cela aurait été difficile. Je crois qu'on n'a pas voulu se faire déborder et qu'on a eu cette crainte. On a préféré faire quelque chose de modeste pour avoir la garantie que cela pouvait fonctionner ; pour ne pas se retrouver submergé.

Pourquoi avoir regroupé tous les établissements au sein de la même instance ?

L'idée de regrouper les établissements était avant tout pratique. C'était de se dire, on ne va pas faire de l'éthique dans un seul établissement. L'objectif était de faire profiter les autres. C'était plus simple aussi en terme de logistique. Si chaque établissement avait créé son propre comité, je ne sais pas si cela aurait fonctionné. C'est vrai que cela aurait pu être envisagé mais les administrateurs sont fait ce choix. C'est tout de même depuis l'établissement le plus important qu'émanaient les 3/4 des saisines. Faire un comité d'éthique dans chaque structure, je pense que cela se serait vite essoufflé dans les petits établissements. L'avantage est que l'on pouvait traiter de tout. La grande majorité des saisines touche à l'hôpital psychiatrique et surtout pour des sujets dont j'ai parlé au début, c'est-à-dire, la liberté d'aller et venir, la contention.

Pouvez-vous me décrire l'organisation interne du comité ?

En termes d'organisation interne, parmi les membres, il y avait un coordinateur. Il y avait aussi un modérateur qui s'assurait de la libre circulation de la parole. Je faisais les comptes rendus et je les envoyais aux membres et personnes qui avaient fait la saisie.

Je gérais toute la partie la partie logistique. Le modérateur évitait que cela déborde. Il y avait quand même des sujets qui pouvaient être assez sensibles, il fallait bien recentrer. Cela m'arrivait d'intervenir mais je veillais à ce que la parole soit distribuée équitablement à tout le monde. Il y avait beaucoup de discussions ; il y avait des gens impliqués et d'autres dans leur coin. Je me mettais un peu volontairement à l'écart pour bien laisser la parole.

Comment masquer la hiérarchie ?

C'est un point important. Par exemple, il y avait des gens de mon équipe. La règle au départ était claire : c'est un espace où on oublie nos liens hiérarchiques. On fait appel à notre sensibilité. Je dirais que c'est assez étonnant, lors des 2 premières séances, au début, les personnes sont un peu sur la réserve. Ce n'est pas évident. Après, très vite, on oubliait le lien hiérarchique. Dans un autre contexte, il se remettait vite en route mais dans cet espace la parole était libre. On pouvait se lâcher un peu mais de manière toujours respectueuse. Il y avait un lien de confiance entre les membres : ce qui se dit reste confidentiel. Des gens étaient choqués des fois, des membres du comité d'éthique lorsqu'une situation de maltraitance était abordée. Je crois que tout le monde a respecté le contrat implicite.

Justement, que faire si la situation peut donner lieu à des poursuites éventuelles ?

Il n'y a rien eu de cet ordre-là, jamais. Par contre, on n'avait rien mis en place en termes de documents par rapport à la confidentialité. Il aurait fallu peut-être. Pendant ces 2 années, il n'y a jamais eu de problème. Est-ce qu'il aurait été nécessaire de faire signer quelque chose aux personnes ? Je n'en sais rien. On n'en a pas ressenti la nécessité.

Si on sort du comité d'éthique, est-ce qu'il y avait d'autres éléments que vous avez pu mettre en œuvre relevant de la réflexion éthique ?

De temps en temps, j'allais à l'espace éthique régionale pour assister à des conférences. Le modérateur aussi. Des membres faisaient la demande pour participer aussi. J'ai tout de même connu le début, mais non, en dehors du comité d'éthique, il n'y avait rien mis en place dans l'institution.

Au-delà de la liberté d'aller et de venir, de la contention, quels sont les enjeux éthiques que vous avez pu identifier ?

Beaucoup la question de l'enfermement, la question de la liberté d'aller et venir... Pour les soignants, il était de question des limites, jusqu'où on va quand on intervient ? Pour les équipes, il manque de la mesure dans les décisions, trouver un équilibre entre le trop et le trop peu.

Pour que je comprenne, l'origine de leur saisie c'était sur eux, leur positionnement ou celui de l'institution ?

Souvent ils étaient témoins de quelque chose qu'il les avait questionnés. Face à des pratiques typiquement sécuritaires, je pense qu'il y avait une vraie dérive dans l'institution. Je sais que cela a été corrigé après. Dans une unité de soins, systématiquement, quand un patient arrivait agiter de l'extérieur avec les ambulances, le cadre de santé appelait la police. Il trouvait que c'était plus sécurisant. Plusieurs soignants, témoins de ces situations, ont dit non ; soigner les patients ne passe pas par l'appel à la police. Il s'avère que l'établissement s'est fait contrôler par le contrôleur général des lieux de privation de liberté sur ce sujet et ils nous a été demandé d'arrêter. Chose que moi aussi je défendais depuis longtemps. Ce que je veux dire, ce qui n'est pas évident, ce sont certaines positions du comité d'éthique sur le sujet avec le risque que cela sorte de ce cadre-là. On est bien conscient que l'on ne devrait pas le faire mais si on le fait, c'est parce que nous n'avons pas assez de moyens. On arrive à nouveau sur des sujets financiers ou autres. A un moment donné le comité d'éthique trouve aussi ses limites, c'est à dire qu'effectivement les préconisations rendues se heurtaient à la réalité. Pareil pour la contention. On sait très bien que moins on a de personnels, plus on va contenir les patients. A un moment donné, le comité d'éthique, il a beau dire il faut contenir le moins possible ; il y a aussi la réalité qui revient. C'est peut être le révélateur de problématiques de l'institution. J'ai envie de dire que malgré tout ça, cela permet de se le dire, d'en parler même si des fois on ne peut pas tout de suite mettre en place des actions correctives et de lever les tabous.

En tant que directrice d'établissement, quelle est votre perception de l'éthique ?

Je pense que ce n'est pas évident. Je pense que l'éthique nous permet vraiment de réfléchir d'analyser les situations avec plus de recul, de sortir un peu la tête du guidon. Je pense, au quotidien, on a tous un peu, parfois, des automatismes, une manière de raisonner qui est très protocolisée. L'avantage de l'éthique est de sortir de cela et de revenir à l'humain, aux fondements de nos métiers. On est dans le soin, soigner des personnes ce n'est pas la même chose que des boîtes de conserve. Cela me semble indispensable surtout dans le monde actuel dans lequel on vit. On ne trouve pas toutes les réponses à travers le juridique, les protocoles. A un moment donné, pour revenir à une réflexion vraiment humaniste et surtout individuelle, il faut à mon sens, ce temps la réflexion. Je pense que vraiment, d'une manière générale, à l'heure actuelle, on a tendance à réfléchir vite. Je pense que fondamentalement cela doit être incarné par le directeur dans le sens je pense où je pense que le directeur doit véhiculer un certain nombre de valeurs. Je pense que l'on peut tout à fait être directeur avec des profils très administratifs tout le temps en défendant le soin et les valeurs du soin. Je suis convaincue qu'on peut tout concilier. Notre rôle est d'arriver à concilier à la fois le juridique, le financier et le soin. Justement, l'éthique constitue une sorte de guide. C'est compliqué de penser à tout, d'arriver à trouver des solutions. A mon avis, il n'y a jamais de décision parfaite. L'éthique aide à prendre la décision la plus favorable aux patients. On est tous là pour la même chose : c'est le patient. C'est notre point commun qu'on soit là pour faire le ménage ou pour diriger l'établissement.

En tant que directrice, est ce qu'il y a des problématiques ou des difficultés éthiques auxquelles vous avez été confrontée directement ?

Oui, je pense qu'en tant que directeur, on a énormément de contraintes au quotidien. On est confrontés à beaucoup de choses contradictoires qui vont au-delà du groupe, de l'établissement dans lequel on travaille. On doit appliquer des politiques publiques par exemple, des fois, on n'est pas toujours d'accord mais on est dans des métiers ou on a pas le choix que d'appliquer un certain nombre de règles. Il peut y avoir, à mon avis, un écart entre nos valeurs profondes et ce qu'on va appliquer à un moment donné. Je pense qu'il y a toujours possibilité de trouver des solutions. Par exemple, mais je peux vous donner un exemple concret On vérifie le pass sanitaire de tous nos patients, on a une patiente qui n'avait son téléphone. Elle l'a oublié. Evidemment, l'équipe vient me voir et me demande ce que l'on fait ? Est-ce que l'on accepte cette patiente dans les soins ? Si j'applique vraiment la règle de manière très stricte, normalement cette patiente ne pourrait pas venir. Je

devrais lui dire : Madame vous rentrez chez vous. Je considère que je dois aussi avoir une autre approche, dans le quotidien. On essaie d'avoir une position éthique et ma position a été de dire jusqu'à présent elle a montré son mon pass et elle a besoin de soins, donc j'ai évalué la situation et je considère qu'elle peut aller en groupe thérapeutique. J'assume derrière les conséquences s'il y en a. Pour moi, c'est avoir une position éthique , c'est de me dire , qu'est ce qui est le plus favorable pour cette patiente ? Je pense avoir une position éthique.

Est-ce qu'il y a une démarche de réflexion éthique dans l'établissement dans lequel vous êtes actuellement ?

Il y a une démarche, dans ce que j'ai pu lire, avait été réfléchi au niveau du groupe. J'ai l'impression qu'à une époque, il voulait un espace éthique pour chacun des établissements mais rien n'est encore amorcé sur le sujet. C'est un fonctionnement très différent de ce que j'ai pu connaître auparavant. C'est un petit établissement, on n'est pas nombreux. L'avantage est que nous avons des temps collectifs assez nombreux. J'ai la sensation que, lorsqu'il y a une difficulté particulière, on en discute très vite. C'est une équipe qui fonctionne bien, qui a une vraie déontologie, une vraie éthique personnelle. On arrive à régler les problèmes de manière très informelle et on peut dire que la réflexion éthique est là malgré tout. Le fait qu'elle ne soit pas formalisée, ce n'est pas écrit est peut-être une erreur. Cela ne ferait pas de mal quand même, cela permettrait sur certains sujets de rappeler quelques règles. Je pense que malgré tout, comme toute institution, elle a ses qualités et ses défauts.

Je pense qu'un espace comme celui-ci serait loin d'être inutile. Il y a des choses qui remontent. Avoir un lieu, pour aborder l'éthique institutionnelle est important. Il y a un très bon état d'esprit dans l'équipe entre professionnels. Cela ne veut pas dire que dans l'autre établissement, ce n'était pas le cas mais le problème c'est que c'était un établissement beaucoup plus gros avec des circuits hiérarchiques importants.

Il y a 2 dimensions dans l'éthique : une dimension individuelle sur une situation de soin donnée et une dimension plus institutionnelle qui doit permettre de mettre à plat certains fonctionnements.

Il me semble qu'il y a des gens qui ont écrit là-dessus, sur ce que peut impliquer une institution dans l'éthique : il y a de la hiérarchie ; il y a des jeux de pouvoir ; il y a plein de choses qui font que des gens très bien peuvent dériver s'ils sont dans une organisation particulière. Si on les met dans une autre organisation, ils se comporteront différemment. Pour moi, le comité d'éthique est intéressant à ce niveau-là, au niveau vraiment institutionnel. Je dirais qu'il doit jouer un rôle pédagogique.

On a terminé notre échange, est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose ?

Non, je n'ai plus rien qui me vient.

Entretien 5

Pouvez-vous vous présenter, en précisant votre formation et vos expériences ?

Je suis psychomotricienne depuis 10 ans. J'ai travaillé pendant 3 ans en crèche en tant que responsable de section. Je devais impulser le projet éducatif d'une section c'est-à-dire proposer des activités adaptées pour des enfants d'âges mélangés. Je devais aussi intégrer un enfant porteur de handicap dans la dynamique collective et lui proposer des activités adaptées. Après j'ai travaillé pendant 3 ans avec des enfants et adolescents porteur de handicap moteur dans un institut d'éducation motrice. Mon rôle consistait à proposer des ateliers adaptés de rééducation avec une équipe pluridisciplinaire assez importante. J'ai pu faire beaucoup de projets. Depuis 2017, je travaille dans un hôpital gériatrique, auprès des personnes âgées notamment dans des unités Alzheimer où je travaille sur tout ce qui est notamment la gestion des troubles du comportement. La psychomotricité vise à améliorer le quotidien des personnes âgées et apaiser les conséquences des troubles du comportement.

Avez-vous eu l'occasion de faire des formations ?

J'ai suivi plusieurs formations au niveau du développement de l'enfant en crèche en formations internes. Actuellement, j'ai une formation à l'hôpital auprès de la personne âgée sur la prise en charge des troubles du comportement, la maladie d'Alzheimer.

Quelle est votre perception de l'éthique dans le secteur du soin ?

C'est donner du sens à ce que l'on fait ; réfléchir sur nos pratiques à chaque fois, ne rester sur ses acquis ; remettre le patient au centre des préoccupations. Ce qui est moral ou non et réfléchir à remettre le patient ou

le résident face à notre pratique. Il faut se méfier des réponses qu'on a envie d'apporter, toutes faites, et réfléchir à ce qui est le mieux pour la personne. Pour moi, cela fait partie de l'analyse de la pratique.

Quand vous dites ce qui est moral ou non, pouvez-vous préciser ?

Cela veut dire ce qui est acceptable ou non ; pas pour nous en tant que soignant mais pour le résident. Je vais parler beaucoup du résident. Ne pas faire à la place du résident, répondre à ses besoins. Ce qui est permis ou pas par la collectivité. Ce que nous avons le droit de faire ou pas ; ce que le résident ou sa famille a le droit de faire ou pas.

Est-ce que vous avez des exemples de situation posant des difficultés d'ordre moral ?

A la période du COVID, au tout début de l'épidémie, un résident de l'unité protégée Alzheimer donc une personne déambulante a été déclarée positive. Il fallait l'isoler. Il y a eu recours à la contention physique, ce qui a majoré les troubles du comportement. On a attaché la personne à son fauteuil pour protéger les 11 autres résidents qui étaient dans l'unité. Forcément, il y avait ce questionnement éthique de dire : où est la liberté de la personne ? le respect de sa liberté face à la protection du groupe. En plus, la personne refusait la contention ; cela a été très compliqué. C'était au début de l'épidémie, on ne savait pas comment se transmettait le virus, on n'avait pas de masque et on n'avait que peu d'informations. Pour moi, une réflexion devait se faire, cela m'a beaucoup questionné.

Comment s'est soldé ce questionnement ?

Lors des relèves, j'ai pu exprimer le fait que cette résidente était attachée à un fauteuil qui était lui-même attaché au lit puisqu'elle tirait sur sa contention. Elle voulait marcher et elle ne comprenait pas ce qui se passait. C'était un contexte particulier, on va dire une situation d'urgence et les équipes avaient d'autres préoccupations. C'était très compliqué de les faire réfléchir sur la situation de Madame. Ce n'était pas la priorité.

Si on sort de ce contexte, avec le recul, aujourd'hui, comment cette situation pourrait être abordée ?

Si aujourd'hui une telle situation se présente, j'aimerais qu'il y ait un temps de réflexion sur ce que l'on peut mettre en place. Que ce type de décision soit réfléchi en équipe. Cette contention était une décision médicale et il fallait protéger les autres. Mais une discussion est nécessaire. Qu'est ce que l'on peut apporter pour cette personne pour que cela se passe mieux ? Elle n'a jamais été posée, ni avant, ni après. Il y a eu quand même quelque chose. On pouvait appeler un psychologue extérieur pour parler de situation. En discutant avec ce psychologue, de cette situation, cela m'a permis d'élaborer mais c'était en extérieur. Ce n'était pas issu de réflexions pluridisciplinaires. J'avais un problème avec cette situation et il m'a apporté des éléments qui étaient super mais la question ne s'est pas posée au niveau de l'équipe. A l'heure actuelle, je pense qu'il y a eu un avant et un après. J'espère que...enfin j'imagine que cette situation n'a pourra plus se retrouver. Malgré tout, des leçons ont été tirées ; des choses ont été apprises.

Vous évoquez une réflexion pluridisciplinaire, comment vous l'envisagez ?

Avec les aides-soignantes, avec les familles des résidents, bien sûr le médecin. Je pense aussi aux cadres et personnel administratif. Pour moi, ce serait de discuter ensemble, de voir tous les paramètres à travers le prisme de la balance bénéfice-risque. Discuter ensemble de la problématique avec, je pense, un psychologue extérieur. Le psychologue extérieur m'a parlé d'un vote où tout le monde s'exprime sur plusieurs situations possibles. Après tout le monde met en place la décision. C'est un peu ce qui a été proposé par le psychologue. A un moment, il faut trancher mais en tout cas il ne faut pas que le médecin prenne tout seul la décision sans explication.

Vous faites référence à une situation où la personne souffre de troubles cognitifs, elle n'est donc pas en capacité de prendre la décision... qui peut la prendre pour lui ?

Oui c'est vrai que je n'ai pas trop parlé du résident...C'était une personne qui ne comprenait pas ce qui se passait. Elle n'était pas en capacité de comprendre. C'est pour cela que la décision avait été prise de la contenir, parce qu'elle ne pouvait pas comprendre qu'il fallait qu'elle reste dans sa chambre. Pour le coup, cela aurait été très compliqué de l'inclure dans la décision puisqu'elle ne peut pas comprendre, elle ne peut pas verbaliser...Pour moi, ce qui peut aider, c'est la communication non verbale, en l'occurrence la personne tirait sur sa contention donc pour moi cela veut dire qu'il y'a un mal-être mais en même une personne

passive sur son fauteuil ne veut pas dire forcément qu'elle accepte. Pour moi, il y a une observation à avoir. Il faut réactualiser les décisions. Il faut être attentif aux signes... Cela me fait penser à une autre situation concernant 2 résidents dans une unité cognitive qui ont des relations sexuelles sachant que ces 2 personnes ont des partenaires à l'extérieur de l'unité. Se pose la question du consentement. Même si on imagine de leur laisser cette liberté dans l'unité, le fait d'avoir une vie sexuelle ; il faut quand même les surveiller pour voir si le consentement à chaque fois des 2 est possible. Malgré une réflexion pluridisciplinaire, il y a une fine observation à avoir. Des résidents qui n'ont pas la possibilité de s'exprimer ou de comprendre les situations qui arrivent, on va l'aborder le temps d'une relève. Est-ce que l'on avertit les compagnons qui sont à l'extérieur ? les enfants ? Mais en même temps, leur vie sexuelle ne regarde qu'eux. Il a été décidé de préserver ce qui se passe dans l'unité. Le problème est que toutes les aides-soignantes ne sont pas d'accord ou très mal à l'aise avec la situation. Le médecin a pris la décision, dans un premier temps de dire non. Il faut qu'on les sépare puis après réflexion il a donné son accord. On laisse les choses se faire. Après reste la question de la famille qui rend visite, surtout le conjoint... Il faut faire attention, protéger la vie intime. Un protocole de « mise en scène » a été imaginé pour éviter les problèmes et pour protéger les résidents. Dans la réalité, rien n'est écrit et la gestion se fait au cas par cas selon les aides-soignantes qui sont à l'aise ou pas. Certaines laissent faire et d'autres les séparent. C'est un peu en suspens puisque rien n'a été acté ; c'est plus ou moins flou. Il pourrait y avoir des petits symboles sur la porte par exemple. Je pense que cela manque. La discussion est ouverte. Je pense que cela émane d'un manque de formation des soignants. Il existe une formation au sein de l'hôpital mais elle ne peut pas toucher tout le monde. J'aimerais bien suivre la formation sur la sexualité de la personne âgée.

Comment faire en sorte que les décisions, notamment sur les enjeux éthiques, aient du sens ?

Je pense qu'il y a une dimension temporelle. Il faut du temps pour prendre une décision... Des choses sont faites mais finalement pas complètement abouties, les décisions ne sont pas toujours partagées, ni acceptées. Elles ne sont pas connues de l'ensemble des équipes. Je pense vraiment qu'il est nécessaire, en tout cas cela pourrait aider, de mieux formaliser les décisions et les échanges. La formation de l'ensemble de l'équipe aussi et la mise en place de l'analyse de pratique... Pour telle situation, on a des informations pour nous aider et aussi travailler sur les projections qu'on fait, ce à quoi cela nous renvoie, notre vécu et notre expérience. Je pense qu'il faut travailler sur les ressentis de chacun, à proposer plusieurs solutions et organiser avec l'équipe des temps de réflexion. A partir du moment où on est plus ou moins d'accord avec la solution trouvée, il faut qu'elle soit écrite, que cela soit posé. Et aussi, il est important que le cadre des équipes appuie sa fonction d'autorité, pose le cadre et fasse avancer l'équipe. Il ne faut pas être dans l'obligation mais dans quelque chose de l'ordre de l'accompagnement des équipes... A côté du cadre, il faut aussi une analyse de pratique assez régulière pour parler des situations rencontrées, de ce que cela peut faire vivre et d'avoir des outils pour permettre de mieux les vivre, mieux aider les personnes. Je ne sais pas, si Monsieur untel vient rendre visite à sa femme qui est occupée avec monsieur machin : quels sont les outils à disposition ? Qu'est ce que l'on peut faire ? Est ce que l'on peut dire d'attendre ? Dire, enfin, écoutez elle est occupée, je vous la chercher... Des solutions concrètes pour ne pas laisser l'équipe dans des situations difficiles.

Pour vous, il y a une dimension relevant d'une approche théorique et thématique, par la formation et une approche « terrain », adaptée à des problématiques concrètes, cela constitue votre vision de l'éthique ?

En fait, c'est dans le quotidien que tout se passe. Toujours face au patient. Si on est dans une situation d'urgence, les aides-soignantes, le médecin, vont agir. Pour cela, il faut une approche globale, connaître les techniques, observer... Effectivement, cela passe par de la théorie. Après il faut le mettre en application, faire les liens et réfléchir aux situations individuelles...

Vous êtes psychomotricienne, une fonction spécifique dans une équipe de soin, comment vous vous inscrivez dans la réflexion éthique ?

Dans les relèves, en tant que psychomotricienne, j'essaie d'apporter ce côté bien être, le bien être du patient ce qui peut vivre. Amener un peu de vie, d'activité, de sortir un peu du corps médical et passer sur le côté bien être. Rassurer aussi. Ce qui fait défaut je pense comme dans les situations dont j'ai parlées, c'est l'absence de psychologue et j'ai peut-être pris cette place, retourner aux besoins des résidents. Il y a les besoins physiologiques mais il y a aussi le besoin d'être valorisé, de retrouver son identité, d'être actif... Je reprends la pyramide de Maslow à partir du moment où les besoins primaires sont réalisés, la psychomotricienne essaie

d'apporter autre chose pour que le résident ne soit pas réduit à un corps mais considéré comme une personne vieillissante. L'aider dans l'acceptation de ces pertes et le valoriser par des activités des médiations, l'évocation de souvenirs ; tout ce qui peut renforcer l'estime de soi. Pour moi, cela constitue l'éthique où on prend la personne dans sa globalité. Je pense que c'est le point fort de la psychomotricité par rapport à l'éthique ; c'est de voir la personne dans sa globalité. Ce dont elle a besoin, l'aider à être apaisée, se sentir utile... Enfin de pouvoir répondre à ses besoins. Pour moi, l'éthique c'est une question de globalité, c'est à dire l'éthique du soin, l'éthique vis-à-vis du résident, ce que l'on peut proposer au non à la personne, ce qu'elle peut exprimer ou pas dans sa communication verbale ou non verbale. La communication non verbale me fait penser au fait que la psychomotricité est importante au niveau organisationnel. Pour chaque professionnel, elle peut aider à intervenir de manière adaptée et coordonnée. Aider à assurer une bonne continuité dans la prise en charge, tout le monde prend en charge le résident de la même manière.

Je suis présente les temps forts du quotidien, cela peut être un moment de toilette qui est difficile pour former les aides-soignantes sur l'approche corporelle d'une toilette ou recueillir leurs difficultés au quotidien. Je partage des outils pour faciliter l'approche avec le résident comme, par exemple, avec tout ce qui est non verbal pour aider dans les soins au quotidien. Replacer le résident dans le quotidien de leur organisation, de les faire avancer pour qu'elles puissent remplir leurs mission de soin, d'alimentation en suscitant le plus possible l'adhésion des résidents. Je pense que cela passe par beaucoup d'écoute au quotidien, le fait d'être présent sur les temps forts et pas juste être là pour nos prises en charge. Dans les unités, j'essaie vraiment d'inclure les soignants dans nos prises en charge pour faire du lien et recueillir leurs difficultés pour pouvoir réfléchir ensemble. On n'a pas forcément toutes les solutions mais réfléchir sur ce qui peut aider. Pendant la période COVID, il y avait énormément de choses qui posaient question et qui ne se sont pas faites correctement. Je pense beaucoup à la douleur... J'en ai discuté avec la psychologue qui était en arrêt, je m'étais permis de l'appeler et elle me disait que de toute façon ce n'était pas le moment de réfléchir sur cette situation mais pour moi c'était tellement viscéral justement de réfléchir en amont à ces situations. Cela permet vraiment d'être plus efficace et mieux préparé. Au moins, quand on n'a pas le temps de réfléchir, on devrait avoir des bases. Ce qui a été difficile pendant le COVID, il y avait tout à créer et on n'avait pas de base. Je pense que le confinement était une situation exceptionnelle mais à l'avenir il serait important d'anticiper, réfléchir en amont. On devait faire des réunions, des temps d'échange après tout cela mais rien n'a été fait. Avec le recul, cela aura été vraiment nécessaire.

Quels sont les autres enjeux éthiques auxquels vous êtes particulièrement attentive dans votre pratique ?

...Je réfléchis... Il n'y a rien qui me vient... J'ai des idées, de manière générale, peut-être des excuses du type « on a toujours fait comme ça ». Voilà, pour moi, il y a des phrases ou des choses qui m'interpellent. Le fait que la décision doit toujours restée ouverte. Avoir à l'esprit que par exemple si celui qui décide, le médecin dit on ne va pas revenir dessus ou cela a déjà été travailler : répondre non, il faudrait que cela puisse être débattu à nouveau si nécessaire. S'il y a une difficulté par rapport à une situation, on doit tous pouvoir en parler. Je pense que l'échange est important, il doit y avoir des temps de réflexion permettent de proposer d'autres idées. Tout le temps garder l'esprit ouvert et se méfier des idées toutes faites. Il ne faut pas que cela soit une seule personne qui ait le pouvoir de lancer une conversation ; cela peut aussi venir de l'aide-soignante. Enfin, de tous ceux qui approchent le résident.

Est-ce que vous avez déjà eu connaissance de l'existence d'instance éthique dans les établissements dans lesquels vous avez travaillé ?

Il y a un conseil d'éthique à l'hôpital mais seuls les cadres peuvent y aller ; on n'a pas le droit d'y aller. Je crois qu'il y a exclusivement que les médecins et ils ne traitent des situations à partir des FEI (fiche d'évènement indésirable). Ce n'est pas ouvert, tout se traite sur une feuille. On ne peut pas le saisir. Si par exemple, tu as un problème éthique, c'est bien le cadre qui sert d'intermédiaire. On doit faire une feuille et en termes de réponse, il n'y en a pas. Ils travaillent de de leur côté. La réponse revient aux cadres qui doivent mettre en place quelque chose mais on ne fait pas partie de la solution. Ce qui est gênant, c'est que tu n'as pas de réponse sur la question que tu as pu poser. Quand j'ai relevé le problème sur la contention pendant l'épidémie, il m'a été répondu qu'il y aurait un groupe contention qui serait créé. J'ai souhaité y participer. Ce groupe n'a jamais vu le jour.

Dans mes autres expériences, l'éthique était abordée pendant les formations, de manière informelle. Au niveau des enfants, que ce soit en crèche ou en IEM, il n'y a pas eu vraiment d'éthique. Auprès d'enfants handicapés moteurs, je ne me souviens pas avoir eu de gros enjeux. C'est depuis mon expérience auprès des personnes

âgées que la question se pose. Au niveau de la crèche, le personnel est assez formé sur le développement de l'enfant, sur ce qu'il faut faire, ne pas faire. En tant que responsable de section, s'il y avait une méconnaissance du développement, il y avait tout de même une écoute. Il y avait plus de portes ouvertes et je me suis moins retrouvée à me battre sur certains aspects. Je pense que c'était intégré et plus facile de répondre aux problématiques. Ce n'était pas les mêmes problèmes, ni le même public. La sensibilité au questionnement était déjà présente dans l'équipe. C'était une plus petite structure aussi. On a réussi à mettre en place des choses, on décidait ensemble. Il y avait des temps de réunion tous les 3 mois mais l'équipe était plus petite. Nous étions tous au contact des personnes accueillies, on avait plus de relations. On se connaissait bien. Ici, l'hôpital est très grand, il y a différents cadres, il y a différents médecins, c'est une autre échelle. Quand il y a une problématique, il faut en parler à untel et on ne se connaît pas. Il faut réexpliquer, je pense que cela avance beaucoup moins vite.

Par rapport à la réflexion éthique, dans le contexte actuel, outre la pluridisciplinarité, quel serait les modalités pertinentes ?

Pour moi, ce serait tous les mois, organiser des temps de 2h d'élaboration comme de l'analyse de pratique pour parler de ce qui a posé problème au quotidien. Cela permettrait de créer des relations ou de crever les abcès sur des choses qui ont été mal comprises, des situations. Cela permet de poser les choses à plat et pour quelqu'un de dire je me suis trouvé en difficulté où je n'ai pas aimé telle situation. Faire une réunion à plusieurs avec les professionnels administratifs, le cadre pour dire dans ce genre de situation, on a décidé, à ce moment-là, d'avoir tel comportement. Cela ne veut pas dire que c'est gravé dans le marbre mais on peut en rediscuter. Je pense que cela manque vraiment ; il manque du temps d'élaboration avec un professionnel extérieur qui nous fait avancer.

On essaie d'apprendre quelque chose, de dire que l'on ne se sent pas très à l'aise avec la thématique comme la vie sexuelle de la personne âgée. On va se former. Avoir une situation avec des solutions bien concrètes tout en sachant que tout est possible. On reste flexible mais pouvoir amener des pistes de réflexion ensemble sur ce qui est possible de faire ensemble. Avant tout, il faut du temps. Pour moi c'est l'idéal. Comme tout à l'heure, avoir une approche un peu réflexive sur une thématique générale et après un accompagnement sur les décisions spécifiques. On travaille avec l'être humain ; pouvoir dire j'ai essayé, cela marche pas du tout et avoir aussi un temps d'observation. Le mois suivant on évoque ce que l'on a pu mettre en place, ce que l'on a observé. Avoir accès à cet espace de réflexion sur nos pratiques. Adapter la communication, le lieu et l'espace, le moment pour assurer une permanence des soins. Il faut prévoir que ce ne soit pas forcément les mêmes personnes tout le temps. Associer les veilleurs de nuit. Réfléchir à comment transmettre l'information, la rediscuter.

Est-ce que vous avez suivi des cours relatifs à l'éthique dans votre formation initiale ? Ou ailleurs ?

On a suivi des sensibilisations sur des chartes de droits. Droit à l'information, le droit de choisir, le fait que le patient a des droits. Sur ce qui est possible ou pas. On l'évoqué récemment lors d'une formation. A l'hôpital, il y a, à l'entrée de la personne, une réflexion sur l'acharnement thérapeutique ou non avec le résident ou la famille. Si le résident est capable de comprendre, de savoir ce qu'il souhaite dans telle situation. S'il souhaite choisir la réanimation ou pas, si pour telle situation, ils veulent aller aux urgences ou pas. On aide à prendre ce genre de décision par rapport à la fin de vie, dès l'entrée dans l'établissement avec la famille ou les tuteurs et cela relève de l'éthique.

On a terminé notre échange, souhaitez-vous ajouter des éléments ?

Non, je pense avoir tout dit et je vous remercie.

Entretien 6

Pouvez-vous présenter, votre parcours et vos expériences ?

Je suis médecin algologue. J'avais la charge de l'évaluation et du traitement de la douleur à l'hôpital, un CHU. J'ai rencontré beaucoup de patients qui avaient des pathologies psychiatriques, j'ai aussi travaillé en clinique psychiatrique et j'ai décidé de faire des DU en psychosomatique et en psychiatrie. Je voulais faire de la pédopsychiatrie. Je suis devenue psychiatre. Depuis, 14 ans, je suis praticien hospitalier, chef d'unité et chef de service et maintenant je suis chef de pôle adjoint.

Avez suivi des formations spécifiques depuis que vous avez démarré vos fonctions ?

Oui, beaucoup de formations. J'ai fait des formations autour de la psychothérapie institutionnelle. Récemment j'ai fait des formations en thérapie familiale plutôt d'obédience psychanalytique. J'ai fait des formations très à la mode sur les troubles du spectre de l'autisme avec l'idée qu'il faut accompagner le service pour être en lien avec les attentes du patient, des familles, des partenaires et respecter les recommandations HAS qui sont à prendre avec du recul. J'ai participé à des journées de périnatalité. Chaque année, je fais beaucoup de formations. J'essaye en tout cas. J'ai été formée sur le suivi grossesses des adolescentes, j'ai fait des formations sur tout ce qui concerne le développement de l'enfant, sur l'adolescence, sur les violences intra-familiales, sur les violences sexuelles. On fait une psychiatrie généraliste ici.

Pouvez-vous me dire ce que représente la réflexion éthique pour vous ?

Cela représente la recherche de faire au mieux. La première chose qui me vient à l'esprit, c'était pendant mes études, la seule fois je crois que j'en ai entendu parler, c'est lorsque l'on dit d'abord ne pas nuire, c'est à peu près tout. Après, j'ai entendu parler de la proposition de faire partie de la commission éthique au sein de l'hôpital mais je ne me suis pas sentie concernée.

Avez-vous déjà été confronté à des problématiques éthiques dans votre pratique, à titre personnel ou en équipe ? Avez-vous des exemples ?

Je ne sais pas si cela relève du champ de l'éthique mais cela peut être dans le *primum non nocere*, dans l'annonce du diagnostic par exemple, on annonce des difficultés, on est dans le champ de la pédopsychiatrie, donc quand on annonce un diagnostic à des parents. On leur annonce la rupture avec l'enfant imaginaire avec un enfant idéal, surtout si l'enfant est tout petit, qui n'ont pas encore du tout fait le chemin. Finalement, on met des mots sur ce que souvent la crèche où l'école a déjà dit mais nous sommes les porteurs de mauvaises nouvelles. Cela amène à ne pas être très apprécié, à recevoir de l'agressivité, mais surtout on crée cette souffrance et le rythme d'accompagnement de cette souffrance. C'est quelque chose de difficile à mesurer parfois. On a des familles qui ont des pathologies et qui parfois peuvent comprendre un mot à leur façon. Cette mesure, ce tact qu'il faut déployer pose des questions sur le choix du moment, le faire de façon la moins nuisible possible.

Dans les choix théoriques que l'on va proposer pour accompagner un enfant, cela n'arrête pas de changer. On peut avoir une approche psychanalytique... Il faut tout le temps se remettre en question et cela nécessite beaucoup d'énergie psychique et physique. Il faut déjà faire les consultations alors qu'on est pas assez nombreux. Il faut tout le temps mettre à l'épreuve notre pensée, de la réflexion avec les familles, les partenaires, nos champs théoriques. Et c'est vrai, souvent en consultation, il faut déterminer le moment où on va s'appuyer sur tel champ ou sur tel autre.

Est-ce qu'on a assez travaillé ? C'est peut être la question éthique pour moi. Faire le travail le plus honnête possible, le plus respectueux possible. Parce que derrière je sais qu'il faut compléter des tas de tableaux. Le temps, la question du temps. C'est le plus gros problème éthique, j'ai le sentiment que l'on soigne en courant tout le temps.

Est-ce que c'est éthique de dire aux gens, je suis désolé si je ne vous ai pas rappelé comme prévu, c'est que il était 8h du soir et je n'avais plus le temps...

Vous évoquez la question de temps ; vous pouvez préciser ? Vous parlez de la temporalité du service, du rythme du patient ?

Il y a plusieurs choses, il y a le rythme des familles, de la pensée psychique des familles, de ce qu'elles peuvent comprendre dans ce qu'on propose et de la pathologie de l'enfant. C'est une première chose. Il y a le rythme imposé par les institutions par le mouvement où la santé est perçue comme une marchandise. On le perçoit. Il faut faire vite. Il y a le rythme imposé aux parfois aux enfants pour prendre le taxi, aller en école, revenir. Ces allers-retours, cette précipitation, quel temps garder pour les familles ? On voit des familles qui arrivent, pressées et elles n'ont pas le temps de se poser.

Il y a la temporalité psychique et le temps réel. C'est très difficile à faire comprendre aux parents le rythme du bébé alors qu'ils n'ont pas de temps pour eux-mêmes.

Vous avez beaucoup fait référence à vos propres interrogations en lien avec vos pratiques ; est ce que vous avez des exemples liens avec l'équipe et vos collègues comme source de questionnement éthique ?

Oui, je suis en ce moment chef de service. Je suis tenue de donner les axes de réflexion et les pistes à mettre en œuvre pour soigner au mieux sans perdre les budgets. J'ai l'impression d'une permanence de négociation entre moi et moi, mais aussi entre l'équipe et moi, et en tant qu'interface avec la direction. C'est un vrai problème éthique de faire comprendre aux soignants ce que sont les contingences matérielles qui nous sont imposées. Par exemple, il y a des plateformes de coordination et d'orientation pour les enfants qui ont des troubles du neurodéveloppement. À quoi cela peut nous servir ? En quoi cela peut servir aux enfants ? Même si on pense que ce n'est pas comme cela qu'il faudrait faire, mais comme c'est le mode de financement...

Faire comprendre cela sans envahir avec les soins avec le temps administratif, sans empêcher la pensée par la « novlangue » et par ces préoccupations-là.

Il y a d'autres exemples. Il y a des compétences prises en charge par le secteur associatif et le champ du handicap. Si on avait les moyens, cela pourrait faire partie du champ du soin. Cela crée des difficultés et cela constitue une question éthique. On a l'impression d'être face à une espèce de marché où il va falloir voir qui prend les enfants en charge, une concurrence s'installe alors qu'il y a tellement de travail que la question ne devrait pas se poser.

Ce n'est pas simple d'expliquer aux équipes qu'il y a aussi des évolutions théoriques comme dans le champ de l'autisme par exemple. Il y a l'aspect analytique très bien explicité et qui peut être utilisé pour tous les enfants et toutes les familles. Il y a d'autres éléments comme la remédiation cognitive. J'ai fait une formation sur une thérapie de la communication des enfants avec autisme en regardant des vidéos. Cela me semble très utile mais cela peut apparaître comme des gadgets. La place à donner à chaque outil thérapeutique est un vrai problème éthique.

Il y a un autre aspect ; on fonctionne avec une permanence d'accueil. On a une organisation spécifique de telle sorte que chaque soignant qui accueille à la permanence sera le référent d'une situation. Il est plus en responsabilité. Nous avons choisi cette organisation pour gagner en efficacité et cela permet de limiter l'installation des pathologies ou du handicap. Cette organisation pose la question de la confiance dans le soignant, sa capacité à évaluer. Cela pose la question de la responsabilité et du management, de leur autonomie. Cela pose la question d'être vigilant sur les situations de maltraitance.

Cette organisation se heurte au fonctionnement de notre établissement. Ce dernier a ses propres codes et son propre mode de fonctionnement, différent du nôtre. Un langage différent du soin. L'usage de cette novlangue est-il éthique ? Les mots de l'administration sont différents, il y a un risque de glissements sémantiques. C'est un peu un lâchage de valeurs d'utiliser les termes des autres... Cela pose la question du respect : il y a souvent le débat entre le terme patient, usager ou client.

Si, je reformule votre idée, il y a questionnement éthique dès que deux visions, deux approches s'affrontent, notamment celle de l'administration et celle du secteur du soin ?

Oui, clairement pour moi, il y a la question de la place et celle du langage qui peut poser un problème éthique.

Disposez-vous d'outils pour dépasser ces difficultés et apporter des solutions aux questionnements éthiques que vous vous posez ?

On a un outil dans notre organisation de service : la réunion institutionnelle. On essaie d'explicitement nos choix, de choisir ensemble. Je pense que ce qui sous-tend notre éthique, c'est le collectif, c'est le sens du collectif à l'image de la phrase « tout seul, on va plus vite et ensemble on va plus loin ». Cela peut générer des conflits, des problèmes interpersonnels. C'est un lieu qui structure notre fonctionnement. Au sein de l'établissement, cela peut être perçu comme une perte de temps...

Pouvez-vous me préciser l'organisation de cette réunion ?

C'est 1h, hebdomadaire. On est un peu plus de 30 de professionnels qui participent..

Comment est organisé la distribution de la parole ? Est ce qu'il y a un compte rendu ? Est ce que vous pouvez m'en dire un petit peu plus ?

Alors on se questionne très souvent sur ces questions-là justement... On avait l'idée de créer un ordre du jour de séance, nommer un président de séance. Souvent, la parole est vite accaparée, parce ceux qui ont beaucoup de choses à dire. Les plus réservés n'ont pas forcément la possibilité de s'exprimer. En revanche, on a des journées en début d'année, fin d'année et une fois par trimestre où on élabore un ordre du jour et un président de séance est nommé.

Pouvez-vous me préciser les profils de professionnels qui participent ?

Psychologues, IDE, médecins, éducateurs spécialisés, psychomotriciennes, une enseignante spécialisée mise à disposition par l'éducation nationale. Cette organisation est vraiment propre à notre secteur. L'établissement prévoit quelque chose d'ambivalent... Le chef de service est chargé de l'organisation fonctionnelle mais les secrétaires sont sous la responsabilité de la chef secrétaire. Les psychologues sont sous la responsabilité du directeur d'établissement directement pour les évaluations, par exemple. Ce mode d'organisation est étrange. Pour les psychologues, c'est une décision nationale.

C'est une réunion pour l'ensemble du service. On travaille sur plusieurs lieux, on a des réunions cliniques par lieu.

Au-delà de cette réunion, si un problème éthique se pose aux équipes, comment est-il résolu ? Est-ce qu'il y a d'autres éléments, d'autres outils qui peuvent servir, être utilisés ?

Alors... quand il y a...un problème éthique.. c'est répondre à quels moyens mobiliser et si il y a un manque de moyens, comment les utiliser au mieux ? Je pense à l'image du tri des anesthésistes pendant le COVID, c'est un peu la même chose. Il faut choisir sur quelle population centrer les besoins, privilégie-t-on les enfants qui en ont le plus besoin ou ceux qui ont le plus de moyens... Je pense à un très bon exemple : les enfants dépendants de l'ASE en rupture de soins. Ceux qui vont venir le moins pour le suivi. Plus c'est difficile, plus il faudrait des moyens mais finalement avec le risque qu'il y ait moins de résultats. Soigner des gens qui ne vont pas trop mal est gratifiant. C'est un vrai problème éthique. Mettre les moyens pour ceux qui en ont besoin mais ce n'est pas très marketing. Faire connaître son activité, faire parler de soi est un vrai problème éthique. Il faut mettre en avant ce que l'on fait sur LinkedIn, sur le journal local, sur le site internet de l'hôpital... C'est un vrai souci.

Vous avez clairement des demandes en ce sens ou c'est une impression que vous avez ?

On se rend compte que d'autres structures qui font un travail qui n'est pas forcément original vont accueillir des enfants en mettant en avant leurs pratiques comme si c'était la découverte du siècle alors que nous faisons le même travail qui pour nous est une évidence. Il y a des gens qui arrivent à valoriser leur travail. Cette part de communication est-elle éthique?

La question éthique est dans quel but on communique : pour faire connaître une pathologie et permettre d'initier un suivi ou mettre en avant un service dans un intérêt personnel ? Pour qui on communique ?

Oui tout à fait.

Vous avez évoqué l'existence, au sein de l'hôpital pour lequel vous travaillez, d'un comité éthique ? Pouvez-vous m'en dire quelques mots ?

Pas du tout... Je sais qu'il existe, que je peux trouver les références sur intranet. Je crois que la présidente est chef de service en gérontologie. Auparavant, il s'agissait d'un psychiatre. Quelles problématiques y sont traitées, comment le saisir ? Je ne sais pas... Si je sais que je peux le saisir. Je ne suis pas sûre aller auprès du comité éthique si je rencontre une difficulté.

Pourquoi ?

Le champ de la pédopsychiatrie est peu connu. C'est difficile d'échanger avec des collègues qui ont des réponses toutes faites. Je sais qu'en CME a été évoquée la question des directives anticipées pendant le confinement. Je me tournerai vers la CME. Pour un problème ponctuel peut-être mais pas pour un problème structurel.

Face à un problème éthique ponctuel, quels seraient les outils idéaux pour vous aider et aider l'équipe à vous accompagner dans la prise de décision ?

Par exemple, ce qui arrive régulièrement, c'est lorsqu'un enfant à qui on a garanti la confidentialité des échanges, nous donne une information pour laquelle une information préoccupante est nécessaire.

J'avertis les enfants, j'évoque la loi en amont. De même, les familles qui ne participent pas aux soins alors qu'elles assurent auprès des partenaires de venir systématiquement. Si on répond que non, on viole le secret professionnel.

Nous avons la chance d'avoir des psychologues qui font des temps de reprise individuels. On aborde aussi ces questions en équipe. On arrive à poser la problématique. Être au clair avec ce que l'on ressent. On échange avec nos collègues. Les problèmes médicaux posent des questions éthiques.

En présentant mon travail, j'ai évoqué le caractère obligatoire de la réflexion éthique. Au sein de l'hôpital, il y a un comité qui ne vous convient pas. Selon vous, comment faire pour que cette réflexion ait du sens ? Outre les éléments évoqués, est-ce qu'il y aurait d'autres manières d'aborder la question éthique qui seraient pertinentes ?

Tout dépend si vous évoquez cela au niveau du service ou au niveau de l'hôpital ?

Les 2, les besoins du service pour répondre aux besoins internes et au niveau de l'établissement ? Comment peut-elle être envisagée ?

D'accord, cela peut-être par le biais de formation. Plus on est formés, mieux on comprend.

Formés à la clinique ?

Oui mais pas seulement, formés au questionnement éthique. Si je ne me pose pas de question éthique, c'est peut-être parce que je ne suis pas formée. Il n'y a pas forcément besoin qu'une personne vienne nous aider en ce sens si nous sommes formés. On dit qu'il faut soigner l'institution pour qu'elle prenne soin des soignants. Pas remplir des questionnaires, des critères obligatoires... On oublie le travail de fond. Pour l'éthique, c'est important de savoir ce que c'est précisément, l'hôpital pourrait proposer cela. Il y a des formations en visio sur différentes problématiques mais c'est une démarche individuelle.

L'idée est que l'établissement et le service soit porteur d'une réflexion, mette en avant un questionnement ?

Oui, plus que prévoir des réunions si on rencontre un problème. Ce qui serait utile par exemple, ce serait que les gens soient correctement formés.

En clinique ou techniques de soin ?

Oui.

Vous pensez à un processus au long cours, présent au sein des équipes ?

Oui, pour être autonome.

Autonome dans leur réflexion ?

Oui, de manière générale.

J'ai une autre question par rapport aux patients que vous suivez : sont-ils tous mineurs ?

Oui à 99%. Je fais des gardes en psychiatrie adulte et je ne me sens pas toujours compétente.

Pour les mineurs, comment pensez-vous que les patients puissent être associés à la réflexion éthique ? Cela représente-t-il un intérêt ?

Les patients eux-mêmes ?

Oui ; ou les parents, ou les détenteurs de l'autorité parentale.

Redire la loi, les limites de nos interventions. Comprendre que la psychiatrie peut ne pas avoir de sens. Pour moi, la psychiatrie est une construction pour aider la société à gérer certains problèmes. Il y a des mises en forme de compréhension de survenue d'évènements, de contenu intra-psychique, d'interaction de

comportement avec les autres... La façon dont on le conçoit dans notre société n'est pas universelle. Il y a des comportements considérés comme des pathologies alors qu'ils n'en sont pas.

Il y a des choses considérées comme normales il y a 50 ans qui sont considérées comme des pathologies aujourd'hui. Cela pose question...

Si je comprends bien, vous évoquez le fait d'accompagner à la réflexion les patients sur les enjeux de leurs prises en charge, sur les représentations ?

Oui, les représentations qu'ils ont d'eux-mêmes. Par exemple, les déclarations de situation de handicap constituent un enjeu éthique. Ils bénéficient d'avantages mais auront l'idée qu'ils sont handicapés. Dans un autre contexte, ils ne l'auraient pas été.

Accompagner les parents aussi. J'ai en tête des parents qui arrivent et nous disent, nous avons un enfant dys. Non, vous avez un enfant. La classification est toute puissante et il faut coller à la pathologie. C'est un problème éthique. Une personne ne se résume pas à sa pathologie et c'est nous qui le créons.

Cela rejoint une logique de performance, ce rapport à la norme. Dès qu'il y a un écart, il est forcément pathologique.

Oui, c'est tout à fait cela. On a même des familles dans lesquelles il faut une pathologie, c'est la norme.

Dans un autre sens, il faut une pathologie pour préserver l'équilibre.

Justement, par rapport à l'approche familiale, est ce que vous pensez qu'il y a dans la réflexion éthique une approche interculturelle ? En fonction des valeurs ou croyances, la pathologie sera abordée différemment ? Est-ce que vous l'intégrez dans vos pratiques ?

On essaie de nommer comment on se représente les choses. J'ai un exemple dont la maman venait de Nouvelle-Calédonie, elle parlait une langue particulière et s'est convertie à la religion du papa d'origine nord-africaine. L'enfant doit garder les cheveux très longs et a un rapport au langage particulier. Il fait l'objet de moquerie. L'orthophoniste pense à un trouble du neurodéveloppement. Pour le papa, il pense qu'ici tout va trop vite, il ne veut pas de diagnostic, ce n'est pas à cause de l'enfant. Nous avons travaillé sur la représentation, sur ce qu'évoque l'enfant. La maman a intégré cela mais pour le papa son enfant n'est pas malade. Nous avons respecté sa position.

J'ai fait une formation sur l'ethnopsychiatrie à Paris. J'ai lu des livres de Tobie Nathan aussi.

Ici, nous accompagnons des enfants issus de la communauté gitane et d'Afrique du Nord. Nous n'arrivons pas à avoir de traducteurs et c'est une personne de la famille qui interprète. C'est sujet à caution. C'est un vrai problème. Par exemple, dans le diagnostic d'autisme, les signes sont différents selon les origines. Il y a des lieux où le regard est tabou. Il ne faut pas regarder. Je pense à une dame qui mangeait beaucoup d'argile pendant sa grossesse, on avait fait des recherches pour nous aider. On essaie de tenir compte de cette dimension.

Elle peut être source de questionnement éthique, si on appliquait une prise en charge standard, on oublierait certains aspects autour de la compréhension de la pathologie, des connaissances ?

Oui, je me souviens aussi d'une histoire triste. Une jeune maman dont le frère était malade. Je l'ai rencontrée aux urgences pour troubles du comportement. Elle avait un enfant de 2 ans. J'ai refusé de l'hospitaliser malgré la demande des parents. Son conjoint était suspecté de violences. C'était difficile. Je l'ai faite venir en pédopsychiatrie. Quelques années après, le papa est venu avec le Coran. Il considérait qu'il y avait quelque chose de magique, nous l'avons écouté et il ne s'est pas opposé aux soins.

Même, les Français qui ont pour réputation d'être très cartésiens, on constate qu'il y a beaucoup de superstitions.

En France, c'est moins assumé, j'ai travaillé en outre-mer et c'est plus assumé, on évoque sans difficulté ses croyances alors qu'en France, on ne le dit pas.

Oui exactement.

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Non... On n'a pas parlé des soins sous contraintes en psychiatrie adulte, la contention... c'est un autre débat éthique.

Entretien 7

Présentez vos missions et vos engagements :

Je suis Présidente d'une association regroupant 50 personnes en situation de handicap depuis 2005. A sa création, l'association avait pour vocation de proposer des solutions d'accompagnement à de jeunes personnes sans dispositif en sortie d'IME. Nous avons créé 2 entités pour de jeunes adultes handicapés suite au constat du manque de places et en l'absence de dispositifs adaptés tenant compte du niveau du niveau d'autonomie des personnes. Nous gérons un dispositif d'intégration social et envisageons la création d'une structure d'hébergement de type « ville d'insertion ».

Notre association regroupe des usagers, des partenaires et des personnes intéressées de près ou de loin par la question du handicap. Elle est affiliée à une fédération nationale. Par ailleurs, en tant que Présidente, je siège à de nombreuses commissions au sein de la maison départementale des personnes handicapées, à l'A.R.S., à la Préfecture et au comité local d'insertion des personnes en situation de handicap. Je participe également à de nombreuses réunions de sensibilisation auprès des autorités publiques.

Que vous évoque la réflexion éthique dans une institution de soin ?

Cela m'évoque le respect de la parole et des droits des usagers. Souvent, je constate que les personnes accueillies ne sont pas écoutées. Il y a un manque d'information, elles ont des difficultés pour faire les démarches nécessaires. On constate qu'elles sont mises à l'écart. Pour moi, la réflexion éthique doit permettre de mieux tenir compte de la parole des personnes vulnérables.

Comment pensez-vous qu'il soit possible de mieux tenir compte de la parole des usagers ?

Il est important de tenir compte de leur particularité et de leur différence. L'accompagnement proposé doit permettre de mettre en place des actions spécifiques facilitant la communication qui doit être adaptée. Je pense aussi qu'il faut accompagner la personne dans sa globalité, ne pas tenir compte uniquement de son handicap, mais se préoccuper de sa santé mentale, de sa vie sociale et familiale. C'est important de considérer ces personnes comme des citoyens à part entière. Il existe beaucoup de textes ou de chartes mais finalement, il y a peu d'actions qui en sont issues. Souvent, on pense ce qui est bon ou mal pour les personnes sans finalement demander leur avis.

Dans les commissions auxquelles je participe, comme des commissions des usagers, on évoque la parole des personnes mais on ne les entend pas ; elles sont très peu présentes. Dernièrement, j'ai assisté à une réunion de présentation sur l'éthique justement. Il y avait un philosophe et un anthropologue. Pour autant, leur approche était très théorique. Le discours qu'ils tenaient était très intéressant mais éloigné de la réalité vécue par les personnes ; j'ai regretté que des usagers ne participent pas pour parler de cela. On oublie que ces personnes sont des citoyens comme les autres.

Le handicap est une question complexe et il est important de comprendre qu'il y a plusieurs types de handicap.

Qu'est ce qui pourrait être intéressant pour arriver à formaliser une participation qui soit adaptée et pertinente ?

C'est vrai que ce n'est pas toujours évident de travailler avec ces personnes. Le fait de participer à des instances est difficile à organiser. Il faut former les professionnels, être à l'écoute et dans l'observation. Je pense que plus largement la société devrait faire une place plus importante aux personnes en situation de handicap, cela permettrait de rendre naturel leur participation et leur expression.

Les personnes handicapées psychiques peuvent participer plus facilement lorsqu'elles ne sont pas en crise. Les personnes avec des déficiences, cela peut être plus difficile.

Dans votre association, est-ce que vous organisez des réunions avec les usagers ?

Oui, bien-sûr. On fait en sorte qu'ils puissent s'exprimer le mieux possible. On a vocation aussi à sensibiliser les publics dans le cadre de conférences. On ne les juge pas et on les aide à formuler leurs idées. On met en place une promotion des activités par internet ou les réseaux sociaux pour les valoriser et montrer qu'ils ont des capacités importantes.

Si vous rencontrez une problématique éthique dans votre association, comment faites-vous pour y répondre ?

Nous sommes souvent en difficulté avec les familles d'usagers qui ne comprennent les difficultés liées au handicap ou qui sont dépassées par la situation. Nous proposons des interventions à domicile pour les aider ; malheureusement c'est difficile de s'y rendre car elles refusent. Nous en parlons en équipe pour essayer de les accompagner au mieux. Nous rappelons que nous sommes là pour les aider et non pour les juger en tant que parent. Nous essayons de les sensibiliser à tout ce qui concerne le handicap. Récemment, nous avons travaillé sur le phénomène de dépression qui peut toucher les personnes handicapées. On sensibilise aussi les équipes sur ces thèmes au cours de nos réunions.

Pour les professionnels, il manque des éléments d'information pour les prises en charge.

J'ai demandé auprès des autorités à ce qu'il y ait de la formation pour les parents, parce que cela manque aussi. L'arrivée du handicap dans une famille est difficile.

Avez-vous d'autres éléments à ajouter ?

Non, je vous remercie.

<p><u>Titre :</u></p> <p>« La réflexion éthique et direction d'établissement de santé : Intérêts et enjeux pour un institut de soins psychiatriques pour adolescents et jeunes adultes »</p>
<p><u>Résumé :</u></p> <p>La réflexion éthique constitue un dispositif obligatoire de par la loi pour tout établissement de santé. Pour autant, la loi n'apporte pas de précisions sur les modalités de mise en œuvre de la réflexion éthique. Le directeur d'établissement est tenu d'assurer sa mise en œuvre. En psychiatrie, tout particulièrement ment dans la prise de jeunes patients, cette réflexion est rendue nécessaire par l'encadrement légal de certaines modalités de soins et par le profil des patients accompagnés.</p> <p>De nombreux enjeux éthiques apparaissent et nécessitent une réflexion singulière, adaptée à ces contraintes tout en tenant compte des attentes des professionnels et de la place du patient au sein du dispositif de soin.</p>
<p><u>Mots clés :</u></p> <p>Cadre juridique, enjeux éthiques, instance éthique, patient, institution</p>
<p><u>Adresse de l'auteur :</u></p> <p>133 Rue Sully Lyon</p>