



**HAL**  
open science

## Prise de décision dans l'éthique au quotidien - Comment décider dans le soin ?

Louis Léry, Joël Colloc

### ► To cite this version:

Louis Léry, Joël Colloc. Prise de décision dans l'éthique au quotidien - Comment décider dans le soin ?. Santé Décision Management, 2008, 11 (1-2), pp.243-254. 10.3166/SDM.11.1-2.243-254. halshs-02567086

**HAL Id: halshs-02567086**

**<https://shs.hal.science/halshs-02567086>**

Submitted on 7 May 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

---

# Prise de Décision dans l'éthique au quotidien: Comment décider dans le soin ?

Louis Léry\*, Joël Colloc \*\*,\*\*

\* SEL

95, boulevard Pinel  
69677 BRON Cedex France  
[lery@pop.univ-lyon1.fr](mailto:lery@pop.univ-lyon1.fr)

\*\* CRIS LEACM EA 647

ISH 14-16 avenue Berthelot  
69007 Lyon France  
[joel.colloc@ish-lyon.cnrs.fr](mailto:joel.colloc@ish-lyon.cnrs.fr)

*RÉSUMÉ. Une méthode d'appréhension des conflits de valeur réels ou supposés est décrite : c'est un cheminement, jalonné de repères techniques, juridiques, déontologiques, de recommandations et de normes morales ou religieuses, de données psychosociologiques et culturelles, aboutissant à une délibération pluridisciplinaire avec et pour le patient dans la situation concrète dans laquelle il se trouve à ce moment là de son histoire. Cette voie éclaire les solutions possibles à proposer à la décision pour « une éthique au quotidien ». Cette démarche s'enrichit des moyens des systèmes d'informations.*

*SUMMARY. Decision making with daily ethics practices: how will decide for patient care? A method is described to read real or supposed conflicting values. It is a way marked by technical, juridical, deontological signs, recommendations, moral and religious data, psychological and cultural points of view with and to the patient in reality of his life and his own historic time. This way highlights the possible decisions and provides, through a pluridisciplinary approach, means to discover as many solutions as possible. This way will enhanced in using information systems.*

*MOTS-CLES. éthique au quotidien; repères; compétence; droit;déontologie; morale; cultures; religions; délibération ;valeurs ; cheminement ; déconstruction ;pensée métisse.*

*KEYWORDS : daily ethics practices; signs; competencies; acknowledgment; the law ; deontology ; moral ;cultures ;religions ; pluridisciplinary debate, values ;way ; " deconstruction" ; Métis though.*

## 1. Introduction

Il n'est pas de jours où un conflit armé ou une crise vitale ne viennent mettre en évidence le rôle indispensable d'organismes humanitaires ; se révèle, alors aussi, l'importance d'une nécessaire réflexion anté- et d'une non moins indispensable analyse post-réalisation. Vingt cinq années de confrontation dans le domaine du soin nous ont permis de créer un process réflexif, adaptable à l'individu comme à une communauté. Présentons ici le système mis en application dans le domaine de la santé mais la « prise en soin » est loin d'être l'exclusive du domaine de la santé. Cette activité se prête, malgré et peut être à cause de la complexité des analyses et des évaluations nécessaires, à l'utilisation de systèmes informatiques, qui permettent, outre l'archivage de savoirs faire et la rigueur des données de l'analyse, la simulation de réponses possibles (cf article suivant : « Modélisation du Processus de Décision en Ethique Médicale »)

Le rythme des découvertes scientifiques et médicales qui nous rendent de plus en plus performants pour maîtriser le « comment » de la vie, nous laissent de plus en plus orphelins du temps nécessaire à la réflexion individuelle et collective pour comprendre le « pourquoi » et le « pour qui » de la vie. « Nous vivons en des temps où les moyens techniques sont d'une grande perfection et les buts d'une grande confusion » affirmait A. Einstein

L'éthique commence là où le prêt-à-porter des morales ne suffit plus. L'acte éthique est d'abord une réponse\* à une situation limite et complexe. (\*respondere: répondre de.., répondre à..; d'où responsabilité.) En 1985, Nicole Léry écrivait : « les personnels de santé, dans l'exercice quotidien de leurs activités, sont soumis à des interrogations  *multiples, successives, complexes*  où se confrontent en permanence le respect des valeurs humaines considérées comme universelles et les limites contraignantes des décisions concrètes à prendre ».

Dans les pratiques soignantes la réflexion éthique naît, la plus part du temps et comme le montre la figure n°1, d'une interrogation - isolée ou collective - au décours d'une situation vécue comme insatisfaisante voire insupportable.

Cette interrogation signe une rupture de continuité dans la logique du processus de soin ; elle met généralement en évidence un conflit de valeur (par exemple : autonomie/sécurité vis à vis des pratiques de contention) et bouscule nos comportements routiniers. Elle concerne des cas qui déstabilisent nos repères habituels et mettent nos normes, sinon en échec, du moins en insuffisance. Elle est questionnement de nos limites (jusqu'où ? au détriments de quoi ? A quel prix ?) et/ou du sens de notre action (pourquoi ? Pour quoi ? Pour qui ?).

On ne peut être naïf quant aux capacités naturellement constructives d'un échange informel, peu documenté et dépourvu de repères. Nous sommes donc loin de faire appel à la « génération spontanée » : une telle démarche, tout en mobilisant nos forces de créativité, ne relève pas de l'improvisation. Elle justifie une formation minimale : des outils (un savoir), une méthode (un savoir faire) et  *nécessite un*

*indispensable travail sur soi.* Car, confrontés au réel, nous nous devons de construire à la fois la trame et le dessin de ce patient tissage qu'est l'élaboration d'une ou mieux des réponses adaptées à la question posée, en ayant pris soin d'inventorier la pertinence et la légitimation des divers repères que nous avons à disposition.

Etablir de nouveaux repères de conduite dans des situations nouvelles, analyser de cas concrets, inscrits dans la réalité quotidienne: «éthique au quotidien» et justifier la valeur des règles morales: pourquoi et pour quoi ces règles s'établissent entre humains? Telle est bien la démarche à laquelle nous invite C. Biot, 2000.

Au préalable, il s'agit de gérer avec prudence le biais des émotions éminemment présentes au cœur du débat. Attachons nous à reconnaître l'émotion à sa juste place, comme première étape de l'interprétation du réel. L'agencement rationnel (harmonieux et sensé) de mes arguments transforme une réaction d'indignation en force de conviction. Nous pouvons alors parler de discernement éthique dans la perspective d'un agir éthique: un acte libre et créatif (autodéterminé, avec les moyens du bord).

Auprès du patient il ne s'agit pas tant de parler et de convaincre que d'écouter et de décoder: la seule mesure possible de la hiérarchisation des préférences est celle de la personne malade! Une éthique communicationnelle paraît le complément nécessaire à une éthique d'argumentation. Il s'agit d'engager une relation de confiance et d'authentique réciprocité (principe d'honnêteté) avec le souci de s'ajuster sur un point de vue extérieur (mais non étranger) aux présupposés des interlocuteurs, dans une perspective décentrée de leurs préjugés. Le compromis de chacun permet de bâtir une zone de consensus, nouvelle réalité au sein de laquelle vont pouvoir émerger des solutions.

Après de nombreuses réunions avec des soignants un objet d'analyse semble possible: nous le dénommons familièrement «boîte à outils» figure I. D'autres outils existent: l'éthique minimale (R. Ogien; 2001) et l'analyse tripolaire proposée par F. Quéré (1992). Celui présenté ici semble bien adapté aux contingences de l'activité de soin que ce soin soit individuel comme en médecine ou collectif comme en santé publique, santé humanitaire ou développement.

*Penser en homme d'action, agir en homme de pensée (Bergson)*

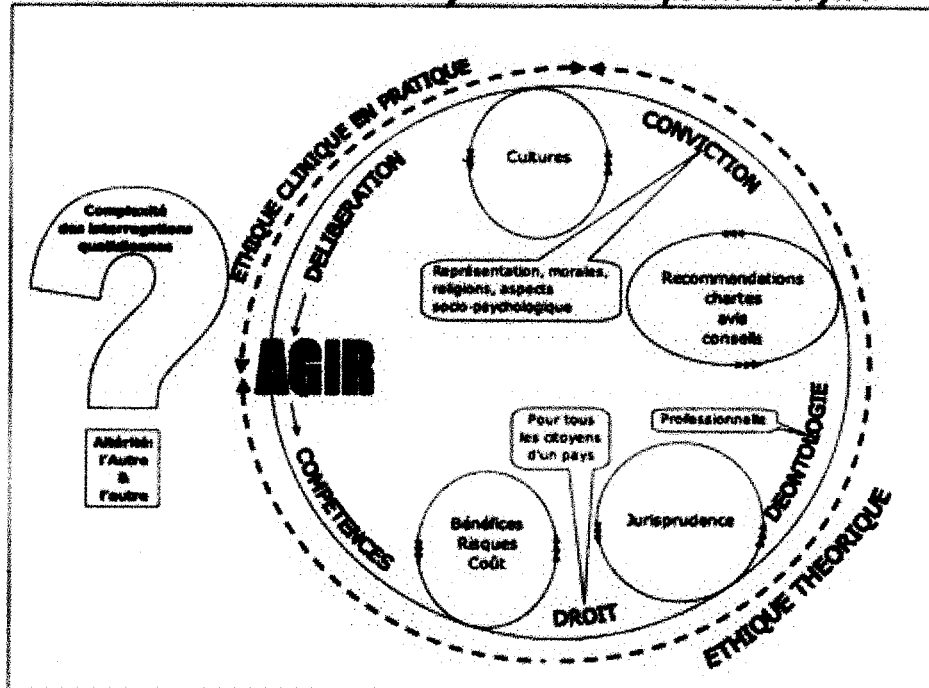


Figure 1. Cheminement des repères ou « boîte à outils ».

La démarche proposée ici n'est donc pas de définir a priori la bonne voie mais des voies possibles de solution. "Je parlerai ainsi de chemins que nous pratiquons, de trajets, d'itinéraires où des errances sont possibles, des avancées, des reculs, un chemin et non pas un lieu." (Paul Ricœur ; 2004). Il s'agit d'agencer, au cas par cas, une série de procédures évaluables (en se donnant les moyens de les évaluer) dans le but d'obtenir le résultat le plus acceptable pour et avec le malade. L'observation et l'expérience nous entraînent progressivement à repérer d'une histoire à l'autre, des similitudes et à dégager des indicateurs de risque, véritables « clignotants » sur le circuit de nos pratiques. Par exemple, une réflexion sur les interventions démesurées: acharnement ou abandon thérapeutique, menée avec des représentants de l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité a mis en évidence un point commun entre toutes les situations évoquées: l'absence de lieu et/ou de temps réservés à l'accueil des familles dans les services concernés. Il semblerait donc qu'un indicateur simple de risque de soins disproportionnés soit le nombre de mètres carrés tenus à la disposition des aidants naturels pour la rencontre avec les professionnels. Une telle remarque, sur une base empirique, mériterait sans doute d'être approfondie et validée par une observation scientifique. En attendant, rien n'empêche un professionnel ou une équipe de travailler sur l'expérience et de

cultiver sa capacité à composer avec le réel. L'éthique rejoint le soin plus dans le domaine de l'art que dans celui de la science (sans en nier pour autant l'importance). Un obstacle majeur au déroulement de la démarche sera tout processus de pensée binaire, entreprise de catégorisation des « bons » versus « mauvais » éléments du contexte. Autre obstacle : la « pathologie militante » qui véhicule chez l'initié la connaissance a priori de la voie de solution idéale, stigmatisant l'erreur, exercera un remarquable effet d'inhibition sur le dialogue. Ces deux attitudes obèrent grandement toute réflexion éthique.

Ainsi, il est nécessaire de trouver des compétences sur les savoirs scientifiques et les savoir-faire techniques. L'exercice de cette compétence est une œuvre d'intelligence et de raison, méfiante à l'égard des émotions et des passions qui ont souvent été, pour ne pas dire toujours les « initiateurs » du questionnement éthique. Sans oublier les autres compétences professionnelles, dans les domaines les plus divers, compétences affectives, spirituelles...ni la prudence, indispensable vertu d'évaluation des risques, pour poursuivre les avancées.

Dans une telle dynamique procédurale l'agir éthique peut donc être considéré à la fois comme un travail de légitimation : au nom de quelles valeurs est-il posé ? et un travail de régulation : compromis entre les valeurs en jeu, porté par les acteurs en présence, dans l'histoire concrète où ils se trouvent. Morale en situation (et non de situation), il admet la singularité de chaque cas, tout en s'appuyant sur des références de base légitimantes (connaissances techniques, juridiques, déontologiques, culturelles et morales) et en s'imposant une démarche rigoureuse de délibération pluridisciplinaire.

Nul ne peut prétendre, sans mettre en péril sa propre santé mentale, détenir à lui seul toutes les clefs d'une situation où sont impliqués d'autres hommes (est ce déjà possible simplement pour soi même ?) : la pluridisciplinarité est la règle de l'approche éthique, intégrant, en priorité, le discours de la personne malade, première concernée par le débat. Dans la série de nos indicateurs, toute pratique isolée mérite d'être considérée comme une situation à risque.

Nous appliquerons donc aux outils du travail éthique une démarche transversale :

### **1. Les données techniques**

L'inventaire des données techniques conduit à repérer les compétences susceptibles de s'intégrer à la réflexion aussi bien dans le domaine des savoirs scientifiques que des savoir-faire techniques. La réponse n'est pas obligatoirement dans le champ du soin, les habilitations sont multiples le patient et sa famille ont eux aussi un savoir-faire...

Par exemple, le jour où la poursuite du maintien à domicile de Madeleine a été remise en question, on a réalisé que le problème essentiel tenait à son incapacité à faire réchauffer en toute sécurité ses plats sur la cuisinière : tout le monde craignait qu'elle mette le feu à son appartement. L'installation d'un détecteur de fumée dans sa cuisine, relié à la caserne des pompiers du village a contourné la difficulté, créé de nouvelles solidarités dans le voisinage, évité l'entrée de Madeleine sous contrainte en maison de retraite et lui a donné du temps pour se faire à l'idée de quitter, un jour, son chez soi...mais sans l'intervention du conseil de pompier, le « principe » de précaution aurait prévalu et l'institutionnalisation irrémédiable.

Il s'agit de compétence ! Il ne peut y avoir de visée éthique sans le passage obligé de cette première étape qui traduit l'authentique souci des professionnels en présence d'apporter la réponse la plus pertinente possible aux besoins réels du patient. Chaque point de vue a sa perspective, l'analyse pluridisciplinaire s'impose et, en fin de compte, seul le malade sait vraiment où est son bien.

D'une manière générale, ce sont les limites du contexte technique qui pousseront la discussion au delà. Tout simplement parce que tout n'est pas réalisable : tous les cris ne peuvent pas être tus sans être étouffés, tous les agités et les déambulants ne peuvent pas être calmés sans être assommés (ou attachés) ; tous les moyens ne sont pas forcément accessibles à tous ou disponibles à tout moment ; tout ce qui est techniquement faisable ne nous paraît pas forcément acceptable...

C'est le dessin des frontières ainsi explorées en termes de bénéfices/risques/coûts qui introduit l'étape suivante du processus.

Une équation utile : équation « bénéfices risques coûts », tableau 1

Cet inventaire doit aider à mettre en perspectives concrètes et réfléchies la réalité des problèmes posés, des coûts –bénéfices et risques tant au niveau économique, social et psychologiques mais aussi au plan du patient lui même, de son entourage (et pour cela, on doit en avoir connaissance par la construction de la « fleur relationnelle ») que ce soit son entourage familial ou son entourage de professionnels et aussi de l'institution soignante toute entière. Le modèle suivant peut servir de guide

	Patient ou personnes à aider	Famille et entourage Equipe de soin	Société & institution
Bénéfices Financiers -Psychologiques Et politiques			
Risques Financiers -Psychologiques Et politiques			
Coûts Financiers -Psychologiques Et politiques			

**Tableau 1. Équation bénéfices / risques / coûts.**

## **2- Les repères juridiques prennent alors le relais de la réflexion.**

Le cadre rigoureux qu'ils définissent (le permis/défendu) est nuancé par la diversité de la jurisprudence, c'est à dire, la loi telle qu'elle est interprétée dans les cas d'espèces au regard du droit, de la philosophie à l'histoire du droit, etc..... Nous retrouvons ici l'importance de l'argumentation et de l'écriture, c'est à dire la rigueur de la tenue de nos dossiers. Nous ne pouvons négliger la fonction thérapeutique du Droit qui écoute la requête (peut-être là où la demande ne s'était pas entendue), et promet réparation (de ce qui réparable) ni sa vertu pédagogique qui dit le droit en développant un argumentaire précis.

Deux remarques semblent indispensables dans ce domaine :

- Au niveau de l'argumentation, le seul appel au droit signe toujours une impasse de la communication. Pour exemples : ce n'est pas en opposant à une famille l'interdit du meurtre que j'apaiserai l'ambiance d'une demande d'euthanasie... Ce n'est pas en faisant appel à une tutelle de l'Etat pour opérer cet enfant trisomique 21



de son atrésie oesophagienne que je travaillerai à son avenir plus humain...  
Le recours au droit ne peut éthiquement nous permettre l'économie de la sollicitude.

- Il est des lieux où la loi fonctionne de façon anti-éthique : il nous suffit de penser à nos collègues qui travaillent dans des sites d'oppression : médicalisation de la peine de mort aux USA, amputations punitives en application de la loi du Talion... Une prise de position éthique par rapport à une règle institutionnalisée, consacrée par la loi, constitue la désobéissance civile ou l'objection de conscience.

### **3. La déontologie**

La déontologie est un mode de régulation spécial adapté aux conditions d'exercice d'une profession. C'est un ensemble de règles de bonnes pratiques professionnelles qui s'appliquent aux individus seulement en tant qu'ils exercent un métier déterminé et qu'ils ont dans ce cadre des obligations, des responsabilités et des droits.

Les professionnels de soins interviennent auprès de l'individu, de la famille, de la collectivité et coordonnent leur activité avec celles des personnes travaillant dans les autres disciplines du domaine de la santé.

Le code de déontologie réglera les relations entre le professionnel et le bénéficiaire, la responsabilité professionnelle (gestion de la compétence), les liens entre le professionnel et la société, le professionnel et les autres professionnels, le professionnel au sein de son corps professionnel.

### **4. Un corpus de textes nationaux**

Pour s'aider dans sa réflexion, on peut s'appuyer sur un corpus de textes nationaux (avis du CCNE, Com. des avis déontologiques..) et internationaux (conseil de l'Europe, avis des divers comités : Oms, BIT, Onu, CICR....) comme les recommandations et les chartes -à l'initiative des diverses organisations professionnelles. Les besoins en soins sont universels. Le respect de la vie, de la dignité humaine et des droits de l'Homme font partie intégrante de tout programme de soin. Ce dernier ne peut-être influencé par aucune considération de nationalité, de race, de croyance, de couleur, d'âge, de sexe, d'ordre politique ou social.

### **5- l'attention apportée aux cultures et aux croyances.**

- Etres d'interprétation, nous sommes sous influence, agissant avec des repères qui tiennent à nos conditions de vie (notre profession...), nos antécédents familiaux, notre éducation... et imprègnent la conception que nous avons du monde, du corps, de l'Autre (Dieu, la Nature, le Néant, le Chaos ...)

Une somme de convictions habite chacun(e) d'entre nous (et le malade aussi). Nos cultures cohabitent et ne se superposent pas forcément. Les conditions extrêmes (la mort), les situations émergentes (conflits de valeur) aiguisent la sensibilité à ces valeurs qui sont lieu d'identification et de motivation.

L'éthique n'est pas neutre : chacun parle de quelque part. Dans les situations les plus complexes, chercher à élaborer une solution, ensemble, c'est parfois aller jusqu'à se dire notre différence en ce lieu là.

C'est ici aussi que le soignant peut se trouver en souffrance morale, privé du moyen de trouver cohérence entre l'insuffisance de sa pratique et son idéal. Ces situations de dissonance cognitive, de plus en plus fréquentes (par manque de moyens, appauvrissement de la réflexion ou décalage croissant entre l'approche théorique et les conditions pratiques d'exercice), sont à l'origine d'une usure professionnelle, indicateur simple du risque de déshumanisation de nos milieux de travail.

## **6. Notre incapacité à répondre de manière cohérente**

C'est devant notre incapacité à répondre de façon cohérente à la question posée que doit être mise en place la délibération. :

Délibération dont le socle sera compétences, références, compassion, c'est le temps qui permet d'accepter, d'un commun accord, pour gérer nos désaccords, un certain nombre de valeurs partagées.

La délibération, c'est aussi un temps, un lieu, une parole qui circule sans mise en danger et sans hiérarchie, à la recherche d'un consensus adapté, équilibré, respectueux des préférences du malade.

Cette délibération, ouverte à tous les partenaires volontaires (éviter l'enfermement des ghettos ou des chapelles) dans des délais négociés, aboutira à une décision éthique qui ne saurait être que le compromis fragile entre les acteurs en jeu, dans la situation où ils se trouvent, ici et maintenant.

Cette décision éthique est unique, l'inverse d'une recette, non reproductible, l'inverse d'une expérience scientifique ; elle reste faillible, toujours soumise à questionnements. Impossible de répéter une décision à l'identique, nous devons « réitérer », refaire le chemin et non pas répéter le processus de réflexion puisque tout peut être différent. Notre capacité à faire le deuil doit être sans cesse apprise et réapprise, écrit P. Ricœur (2004). Il ajoute «il faut accepter dans nos échanges «interpersonnels» qu'il y ait

- de l'indéchiffrable dans nos histoires de vie,
- de l'irréconciliable dans nos différents,
- de l'irréparable dans les dommages subis et infligés. »

Heureusement toutes nos actions ne relèvent pas d'un tel déploiement d'énergie et que des solutions sont apportées par les aspects techniques et juridiques ou déontologiques. L'enseignement au lit du malade qui se perd, ne permet plus cet apprentissage par compagnonnage qui débroussaillait les aspects culturels, religieux ou moraux.

Nous sommes invités, dit E. Hirsch (2003) à une éthique d'obligation, de résolution et de courage qui progresse selon cette belle formule de René Char: « de déception en déception, c'est-à-dire de courage en courage. »

Un outil, dénommé « fleur relationnelle » permet, en plaçant le patient au centre, de dessiner le réseau relationnel intime et personnel, la place, la fonction, le rôle de chaque intervenant mais aussi la hiérarchie des rapports que le patient entretient. Elle nous place clairement devant cet « autre » qui demande des soins. « L'altérité, l'absolument autre, exige la vocation d'accueillir l'inattendu, ce qui vient du dehors, l'étranger, celui qui porte sur son visage le désordre de la temporalité, la transcendance. » (J. Derrida; 2000) Après l'inventaire des personnes, de leur mode de relation et de vie tenant à leurs habitudes, leur culture, leur religion ou leur philosophie. « Par-delà la constatation des différences, un principe universaliste affirme l'unité du genre humain. Il pose que tous les hommes, en tant qu'hommes, ont la même capacité ou potentialité intellectuelle et morale, même si l'on ne peut qu'observer des différences dans leurs réalisations. (...) Il pose que l'Autre est un autre soi-même » (Schnapper, 1998). Auquel répond le « Soi-même comme un autre » de P. Ricoeur (1990)

Il n'est pas le temps ou le lieu d'analyser les valeurs qui vont être en jeu dans toute réflexion éthique (S. Rameix ; 2001) mais on peut en proposer une liste minima : bienfaisance (Faire le bien), autonomie (pouvoir qu' a la volonté de se déterminer en se donnant à elle-même sa propre loi), non maléfaisance (Primum non nocere: obligation parfaite selon Kant) et responsabilité (répondre à, répondre de, être capable ou habilité) mais encore, disponibilité (avoir le temps pour, être attentif à), sollicitude (prendre soin d'autrui, en avoir le souci), communication (parole ajustée et vraie : « mal nommer les choses, c'est ajouter au malheur du monde » affirme Camus) et justice (bien résumé dans cette phrase d'Évangile « Chacun eut sa part et tous furent rassasiés. »)

Il va nous falloir faire « ce difficile cheminement (qui) passe par la remise en question de nos automatismes de pensées et stéréotypes et par la reconnaissance de la nécessaire individualisation des décisions. » comme nous y exhorte A.F. Junot; (2003). Derrida (2000) nous conseille : « Interroger les présupposés, les finalités, les modes d'efficacité d'une pensée... mais en même temps déjouer les attentes, ruser avec les programmes et les institutions et dévoiler ce qui les sous-tend, ce qui les

prédétermine. En somme, déconstruire, c'est philosopher c'est à dire réfléchir sur le sens de la pensée et de l'action. » d'après l'interview d' A. Spire (2000).

Peut être devons nous avancer vers une pensée métisse comme le dit F. Laplantine (2001) « La pensée métisse, pensée du conflit, de la tension et de la transformation, implique d'abord une expérience de la désappropriation et de la reconnaissance de l'altérité en nous. C'est une pensée de la résistance tant à l'indifférenciation et à l'uniformisation croissante qu'à l'exacerbation différentialiste des particularismes identitaires ». Il poursuit : « La pensée métisse ouvre une autre forme de lien que ceux de la tradition, de la référence à l'autorité ou de la soumission à la communauté et invite à un réexamen critique de la question de l'éthique et du politique. ». C'est ce que nous tentons de faire, pour ce qui est de l'éthique, par ce travail

## 7. Quelques exemples de situations

Quelques exemples de situations pourront éclairer, malgré leur concision très réductrice, ces propos bien théoriques pour une « éthique au quotidien ».

Cas 1- dans une institution gériatrique, accueillant un univers très cosmopolite, un japonais âgé termine sa vie. Son fils appelé pour assister le père dans ces derniers instants, arrive en hâte auprès de lui mais reste au niveau de la porte sans aller « câliner » ce père mourant ; il est présent sans émotion visible. Cette attitude est fort mal jugée par les soignants jusqu'à ce qu'une donnée culturelle leur soit apprise : l'attitude du fils a permis au père de ne pas perdre la face en lisant dans les émotions du fils les signes de sa dégradation.

Cas 2- on sait l'importance de la mère pour les « méditerranéens » et aussi l'expression volubile, accrue et parfois excessive des sentiments, des douleurs... Une femme du Sud est amenée en Urgence par ses deux fils pour un syndrome abdominal aigu ; cris et lamentations fortes sont au programme. L'attente se fait longue, devant leur impuissance à calmer la mère, devant les délais de prise en charge les fils s'impatientent. Enfin vient le médecin qui d'un coup d'œil fait le diagnostic, examine à peine la malade et s'en va en laissant tomber le diagnostic pour son équipe: « syndrome méditerranéen ». Devant ce déni quelque peu méprisant, les deux fils exigent un examen sérieux, un traitement, rabrouement des soignants qui disent qu'ils ont de « vrais » malades à soigner... Bagarre générale ; coups et blessures ; bris de matériel ; police puis justice... que de temps perdu pour n'avoir pas su perdre du temps à écouter la plainte de la patiente et de ses fils inquiets .quel coût pour la patiente et ses fils condamnés à juste titre !; quel coût pour l'équipe soignante obligée de panser ses blessures et devoir, après l'agression, repartir au travail !, quel coût pour l'institution en réparation, achat de matériel !... prendre en compte tous les paramètres, savoir écouter et savoir parler avec le patient, quelque soit les circonstances

Cas 3 –Aux urgences médicales, Madame C. est hospitalisée depuis 3 jours ; elle réclame de mourir chaque fois qu'elle voit un soignant. Mme C. raconte qu'elle n'a plus de famille depuis que sa nièce avec qui elle vivait est décédée à 67 ans, qu'elle a fait un malaise cardiaque sur la voie publique ce qui a motivé son hospitalisation d'urgence, qu'elle sait même plus où est son chat, seul compagnon depuis le décès de sa nièce... devant autant de malheurs et d'inutilités de la vie « autant en finir » ; à ce moment de la conversation, livraison du repas qui sent fort bon, on soulève le couvercle : un beau bifteck l'attend : on en parle et elle répond qu'elle ne veut pas manger et que, de toute façon, elle ne peut pas puisqu'à l'entrée son dentier lui a été enlevé et que personne lui l'a rendu ! Mme C. est laissée quelques instants plus tard devant sa viande , le dentier récupéré auprès des soignants ; un coup de fil à la voisine nous apprend qu'elle a récupéré le chat , qu'il attend sa maîtresse... rapport fait à Mme C. qui ne parle plus d'euthanasie mais de sortie de l'hôpital...

On pourrait évoquer d'autres situations compliquées où les solutions proposées s'avèrent difficiles voire impossibles à mettre en œuvre..

On peut retenir quelques consignes, la première est la parole d'infirmier : « Lorsqu'il s'agit de prendre soin d'une personne, il n'y a pas d'acte banal, de geste anodin. Qu'elle soit technique ou non, la complexité réside dans l'attention et l'aide portées à autrui et dans la quête du sens que cela implique. »•Walter Hesbeen (1999).

« Vouloir le bien de l'autre se manifeste très couramment et n'est pas particulier à la médecine; mais croire qu'il est possible d'y parvenir est un projet démesuré qui conduit à la non différenciation des personnes dans une indifférenciation des désirs. » nous affirme deux psychologues, G. Bodjekian et D. Weber (2001).

Et cette seconde consigne peut prendre l'allure d'une déclaration de principe, « la médecine et plus généralement le soin

- restera toujours fondée sur le patient : une évidence !
- continuera à se baser sur la connaissance scientifique : une nécessité !
- et à ajuster à chaque patient, sujet souffrant et non objet d'étude, les données de la science !

*Artisan tailleur contre vendeur de prêt-à-porter »*

telle est la question que pose F. Pilet (2005)

## **8. Conclusion**

En guise de conclusion, valide aussi bien pour la santé que les actions de développement et les actions humanitaires, nous pouvons réactualiser notre formule républicaine :

*Liberté*

- qui s'appuie sur les connaissances et les compétences
- et génère la responsabilité, partie de la dignité

*Égalité en droit*

- définissant des conditions équitables pour tous selon ses nécessités et contingences

*Fraternité*

- ou solidarité: action en commun en compensant les handicaps de chacun
- et sollicitude: souci du plus vulnérable

## 9. Bibliographie

- Biot C. ; Cours d'AEU « philosophie et éthique de la médecine » Univ-Lyon1 ; 2000.
- Bodjekian G. , Weber D.. *Responsabilité du vivant : quelle place pour la personne ?* France, L'HARMATTAN, 2001, 245 p.,
- Derrida J. Interview par A. Spire, «Autrui est secret parce qu'il est autre», *Le Monde de l'éducation*, n. ° 284, septembre 2000.
- Hirsch E. cité par Cordier A.; *Ethique et professions de santé*; Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; 2003
- Hesbeen W.: *La qualité du soin infirmier ; penser et agir dans une perspective soignante.* Masson; 1999.
- Junot A.F. ; *Médecine et Hygiène.*; 61; 2067; 29/10/2003).
- Laplantine F., Nouss A. : *Métissages* ; Pauvert, Paris. 2001
- Ogien R. ; *Penser la pornographie* ; PUF – Questions d'éthique ; 2003.
- Pilet F.; "patient based medicine" ; *Revue Médicale Suisse* ; 2005)
- Quéré F.. *L'éthique et la vie.* Livre de Poche - 1992
- Rameix S.: *Fondements philosophiques de l'éthique médicale.* Ellipses ; éd.marketing S.A. ; 1996.
- Ricœur P.; « Par où vont les valeurs? Cultures, du deuil à la traduction », *Le Monde*, n° 18453, du 25 mai 2004
- Ricœur P.; *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, coll. «L'Ordre philosophique», 1990;
- Schnapper D *La Relation à l'Autre. Au cœur de la pensée sociologique*, Paris: Gallimard NRF/Essais ; 1998