

**AVIS n° 3**

**Juin 2000**

**S'HUMANISER  
EN  
SERVICE DE LONG SEJOUR**

**GROUPE DE RECHERCHE ETHIQUE**

## I – ENTENDRE LA PLAINTÉ DES SOIGNANTS

Les équipes soignantes des services de long séjour du Groupe Hospitalier Saint-Vincent s'interrogent sur leurs difficultés à partir de deux situations concrètes. La plainte subjective des équipes de soins exprime une usure, un épuisement et une insatisfaction du soin donné. Un sentiment pénible d'impuissance s'installe parmi les soignants qui se découvrent dans l'incapacité de réaliser leur projet de soins. La cause principale incriminée est le manque d'effectif.

A leur demande, le *Groupe de Recherche Ethique* a mené un long travail de réflexion, sollicitant à l'occasion l'avis d'interlocuteurs extérieurs (médecin gériatre, homme politique).

De ce travail, il ressort que les contraintes économiques actuelles qui pèsent sur notre système de santé induisent effectivement des limites en effectifs souvent durement ressenties sur le terrain.

Cependant, ces contraintes n'étant pas maîtrisables par les acteurs locaux, le *Groupe de Recherche Ethique* s'interroge alors sur la problématique sous-jacente à cette plainte. Un surcroît d'effectif, en effet, serait-il la seule réponse au problème ? Sans vouloir minimiser l'aspect économique, bien réel, n'y aurait-il pas une « question dans la question », celle du sens et de la valeur humanisante des soins à la personne âgée dépendante ? Autrement dit, à quelles conditions le difficile travail auprès des personnes âgées dépendantes peut-il devenir humanisant, donc épanouissant ?

Répondre à cette question suppose de mettre en place quelques outils de réflexion. C'est ainsi que nous avons opté pour une définition de l'humanisation qui se réfère à une éthique de l'autonomie.

## II – ETHIQUE DE L'AUTONOMIE : UN OUTIL D'ANALYSE

### Une autonomie tournée vers l'autre<sup>11</sup>

Loin d'une illusoire conception autarcique de l'autonomie, le *Groupe de Recherche Ethique* voit dans l'autonomie une notion complexe qui non seulement n'exclut pas l'autre, mais l'intègre même au plus haut point. Récapitulée dans un « *impératif éthique fondamental* », elle pourrait s'exprimer ainsi :

« *Agis en toutes circonstances de façon à cultiver l'autonomie d'autrui, (et la tienne se développera par surcroît).* »<sup>12</sup>

Parce qu'un être humain est un « *être réciproque* » dont le devenir-soi passe par le devenir-soi de son prochain, l'homme « *est essentiellement maïeutique, tour à tour obstétricien et accouché.* »<sup>13</sup> Dès lors, il devient inconcevable de prétendre développer son autonomie sans être poussé à développer celle de son prochain.

### Le triangle éthique

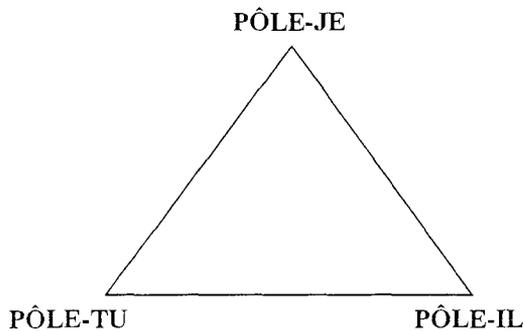
Le philosophe Paul Ricoeur<sup>14</sup> situe précisément l'« *intention éthique* » à un carrefour d'interactions entre trois pôles : prenant pour modèle les trois pronoms personnels *je, tu, il*, il construit le « *triangle de base de l'éthique* » autour d'un *pôle-je*, d'un *pôle-tu*, et d'un *pôle-il*.

<sup>11</sup> Jean-François MALHERBE, *Pour une éthique de la médecine*, Coll. Catalyses, Ed. Ciaco, Bruxelles, 1990.

<sup>12</sup> *Ibid.*, p. 73.

<sup>13</sup> *Ibid.*, p. 31.

<sup>14</sup> Paul RICOEUR, *Avant la loi : l'éthique*, Encyclopaedia Universalis, Symposium, Les enjeux 1985, p. 42-45.



## Le « pôle-il » ou le « référent commun »

Mais cela n'est pas suffisant. En effet, pour que la relation entre le *pôle-je* et le *pôle-tu* soit réellement *dialogique*, elle nécessite ce quelque chose qui n'est ni « *je* » ni « *tu* », et qui est pourtant commun aux deux. C'est ce que Ricoeur appelle le « *référent commun* », auquel il fait jouer le rôle de règle, de médiation entre deux libertés.

Si le *pôle-je* et le *pôle-tu* sont bien deux personnes, ce troisième pôle apparaît précisément comme le référent non-personnel. C'est le *pôle-il*, dont l'antériorité incontestable interdit toute assimilation du « *il* » à « *je* », à « *tu* », voire à « *nous* ». En effet, avant tout nouveau choix, il y a la règle, un « *il* » représenté par tout un système normatif qui me rappelle qu'il n'est pas de situation éthique qui ne soit déjà éthiquement marquée par la pratique collective passée et présente. Ce qui signifie en définitive qu'à cause de cette sorte de prédétermination éthique que représente la règle, seule une petite part de mon agir éthique peut être personnalisée. Encore faut-il que soient incluses dans la notion de règle les libertés du « *je* » comme du « *tu* », et que, par conséquent, ils puissent toujours, tout en reconnaissant la supériorité de la règle, l'accepter ou la refuser.

### *Une interaction constante*

Il ressort que l'éthique de l'autonomie, conçue comme l'interaction constante, et parfois conflictuelle, de ces trois pôles, est un concept dynamique. Elle renvoie chacun à un devenir, plus même, à une autotransformation. On conçoit dès lors que la recherche de l'autonomie la meilleure pour tous les acteurs en présence dans une situation donnée se présente comme « *un travail à la fois individuel et social, (...) un accouchement mutuel et toujours inachevé* ». <sup>18</sup>

### Bases anthropologiques

De fait, avant d'être un « *je* », chaque homme a été un « *tu* », par exemple quand sa mère s'est mise à lui parler. Mais il faut aussitôt ajouter - sous peine de trahir la réalité - qu'avant d'être un « *tu* », l'être humain est un « *il* ». En effet, l'enfant qui s'annonce existe d'abord dans la parole comme un « *il* ». Parole des parents et de leurs relations, mais aussi parole institutionnelle et sociale sur l'enfant à naître. Ainsi, chaque homme qui naît se trouve de fait héritier d'une tradition particulière, faite de lois, règles, conceptions, principes, qui lui sera transmise par l'éducation familiale et scolaire. Cet héritage, c'est « *le contrat social qui garantit la protection de son droit à prendre en charge sa propre destinée.* » <sup>15</sup>

### *Pas de « je » sans « tu »*

Aussi, du point de vue éthique, s'il est vrai qu'il y a un « *je* » qui aspire légitimement à la libre responsabilité, il est tout aussi vrai qu'il y a un « *tu* » qui vient tout à la fois me requérir et me limiter.

Si le *pôle-je* est celui d'une liberté personnelle qui veut se réaliser dans l'histoire, et constitue en cela le point de départ de toute éthique, ce pôle ne devient vraiment éthique que « *s'il s'y ajoute la volonté que la liberté de l'autre soit. "Je" veut que "ta" liberté soit.* » <sup>16</sup> Dès lors, « *faire advenir la liberté de l'autre comme semblable à la mienne* » devient une condition d'éthicité pour tout acte <sup>17</sup>.

<sup>15</sup> Jean-François MALHERBE, *op. cit.*, p. 33.

<sup>16</sup> Paul RICOEUR, *op. cit.*, p. 42.

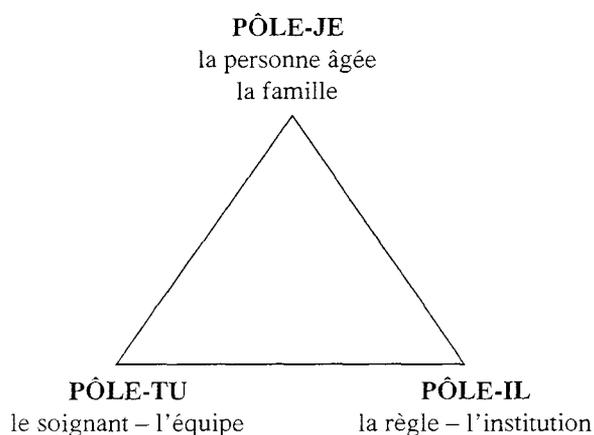
<sup>17</sup> *Ibid.*, p. 43.

<sup>18</sup> Jean-François MALHERBE, *op. cit.*, p. 45.

## Transposition dans le cadre du long séjour

Les soins en long séjour sont de la même manière l'objet d'enjeux éthiques entre la personne âgée, le soignant et le cadre institutionnel. Le trépied éthique pourra fournir une grille d'analyse intéressante. En effet, bien que dans une relation triangulaire chacun soit susceptible d'occuper à tour de rôle le *pôle-je*, le *pôle-tu* ou le *pôle-il*, il nous a semblé judicieux, dans notre analyse éthique, d'affecter par convention les trois pôles aux trois types d'acteurs en jeu. Ainsi, un premier choix - lui-même déjà éthique - consistera à attribuer la place centrale au patient : le *pôle-je* correspondra au patient et à sa famille. Tout naturellement, le *pôle-tu* représentera les soignants auxquels il aura affaire. Quant au *pôle-il*, en tant que référent commun il symbolisera ici le cadre institutionnel au sein duquel évoluent la personne âgée hospitalisée et l'équipe soignante.

Il n'est pas inutile de rappeler ici que tout outil d'analyse court le risque d'être rigidifié dans son usage. Aussi faudrait-il toujours avoir présent à l'esprit que ce jeu relationnel est d'abord dynamique, et que les *pôles je* et *tu*, de nature identique, sont interchangeable. Quant au *pôle-il*, non-personnel par définition, s'il joue le rôle de référent (soi-disant) neutre, il pourra revêtir, outre la référence commune, des significations différentes selon les acteurs : ainsi pourra-t-il aussi bien désigner, par exemple, la Charte du Malade Hospitalisé pour le patient, ou le Code de Déontologie Médicale pour le médecin.



Une fois posées ces conventions, il convient de décrire le contenu éthique de chacun des pôles, ainsi que les interactions entre eux. A chaque pôle, dans une perspective d'humanisation, on risquera quelques propositions ou pistes de recherche visant à aider tous les partenaires en présence à progresser en autonomie.

## III - PRATIQUER L'ETHIQUE EN INSTITUTION

Ricoeur propose de sa visée éthique la formulation suivante qui a l'avantage d'en préciser schématiquement le contenu : c'est le « *souhait d'une vie accomplie* (« pôles-je » et « tu ») - *avec et pour les autres* (« pôles-je » et « tu ») - *dans des institutions justes* (« pôle-il ») ». <sup>19</sup>

### A - CONTENU ETHIQUE

#### L'estime de soi

Par le souhait d'une vie bonne - « *puissé-je, puisses-tu, puissions-nous vivre bien!* » - Ricoeur traduit l'estime de soi. Loin d'être une centration sur le moi, celle-ci comprend deux aspects indissociables : d'une part, la capacité de choisir, de préférer ceci à cela, autrement dit la *capacité d'agir intentionnellement* ; d'autre part, la capacité d'introduire des changements dans le cours des choses, autrement dit la *capacité d'initiative*.

#### La sollicitude

Quant à l'élément éthique « *avec et pour les autres* » - il découle de l'estime de soi. Ricoeur le nomme *sollicitude*. Pour lui, estime de soi et sollicitude sont interdépendantes. En effet, « dire *soi* n'est pas dire *moi*. *Soi* implique l'autre que soi (...). Autrui est ainsi celui qui peut dire *je* comme moi et, comme moi, se tenir pour un agent, auteur et

<sup>19</sup> Paul Ricoeur, *Approches de la personne*, Esprit n° 34, mars-avril 1990, et « *Ethique et morale* », in : *L'Ethique dans le débat public*, Revue de l'Institut Catholique de Paris, Paris, avril-juin 1990.

Les développements théoriques s'inspirent de ces articles. Les citations en proviennent.

responsable de ses actes. Nous sommes là au plan de la *réciprocité* qui institue l'autre comme mon semblable et moi-même comme le semblable de l'autre ».

Dans le contexte particulier de la relation de soins – relation asymétrique s'il en est –, c'est ce concept de réciprocité qui, reconnaissant en l'autre un semblable, rétablit une égalité morale entre soignant et soigné. Ainsi, « la réciprocité est le secret de la sollicitude ».

## Des institutions justes

Parce que le face à face, tel qu'il peut se vivre dans une relation d'amitié ou de proximité, ne saurait garantir à lui seul une justice équitable, « l'institution juste » sera celle qui comporte une exigence d'égalité là où celle-ci n'est plus garantie par la seule relation interpersonnelle. On l'a vu, un service de long séjour est un lieu institutionnel où les rapports sont de fait asymétriques entre soignants et résidents. L'institution juste, précisément, doit rester ce lieu non-personnel, ce référent neutre au service de *toutes* les personnes et de leur autonomie morale. Et sa justice doit viser à favoriser en son sein la distribution la plus équitable des biens, des droits, des devoirs, des avantages et des désavantages, etc., avec le souci particulier de la « maximisation de la part la plus faible ».

## B - EN PRATIQUE

### 1. LE PÔLE-JE

#### 1.1. La personne âgée dépendante

##### Comment dire « je » dans la dépendance ?

Rappelons qu'un résident en service de long séjour est une personne :

- avec un présent qui cherche à s'exprimer ;
- avec une histoire, des besoins fondamentaux, médicaux, des désirs et des envies ;
- dépendante physiquement, psychologiquement, ou les deux à la fois, nécessitant une

surveillance médicale et des soins pluri-quotidiens ;

- dont la dégradation de l'état de santé est inéluctable ;
- qui a dû faire face à des pertes successives (de son indépendance, de ses capacités...) ;
- qui a des droits, mais aussi des devoirs (respect du personnel soignant, des autres...) ;
- dont le lieu de résidence est devenu le long séjour jusqu'au terme de son existence.

Pourtant, bien que dépendante pour les actes quotidiens, la personne âgée, peut encore garder son autonomie, c'est-à-dire avoir le désir de vivre selon ses propres repères et pouvoir se gouverner soi-même (exemple : choix de l'heure du coucher, du lever, prendre le repas en chambre ou non...). Il est bien question ici d'estime de soi tel que défini plus haut et non pas d'individualisme, celui-ci n'étant pas compatible avec les règles de la collectivité.

La question éthique posée par la notion d'estime de soi est celle de la possibilité d'une parole en tant que « je ». En effet, si certains sont capables d'exprimer leurs désirs, leurs envies, encore faut-il vérifier que cette expression soit réellement souhaitée et accueillie. Cela pose la question des cadres de communication offerts aux résidents (lieu de parole, moments privilégiés...). Quels sont donc les espaces institutionnels de parole, et comment celle-ci est-elle prise en compte ?

D'autres, en revanche, sont incapables de le faire de façon verbale. C'est le cas des personnes démentes qui n'expriment plus de choix clairs, ou alors sous forme de résistance, d'opposition, jusqu'à l'agressivité. Il s'agit d'autant de signes envoyés par la personne pour exprimer une envie ou un refus dont le décodage est difficile. Tout dépend de la capacité d'initiative et d'intentionnalité qui est encore reconnue à ces personnes.

Quant à la dimension du « avec et pour les autres », la personne âgée en service de long séjour est de fait « avec » d'autres résidents et « avec » des soignants. On prêtera donc une attention toute particulière au vécu commun, à la circulation de vie, à la solidarité à l'intérieur du groupe des résidents, et avec les soignants.

Mais la personne âgée a-t-elle la possibilité d'être aussi « *pour les autres* » ? Faire en sorte qu'elle puisse exprimer sa sollicitude aux autres résidents, voire aux soignants, pourrait contribuer à rétablir une égalité morale et une réelle réciprocité entre tous, là où l'état de maladie de certains tend à instaurer l'inégalité de fait.

### Quel projet de vie ?

L'expérience montre qu'il ne suffit pas de faire un projet de vie pour tous les résidents d'un service pour qu'il y ait effectivement de la vie dans ce service. Encore faut-il que ce projet de vie soit autant que possible celui de la personne âgée. Celle-ci devrait donc avoir la possibilité, pour développer l'estime de soi, de dire le sens qu'elle veut donner à sa vie et d'être écoutée en cela.

Une suggestion pourrait consister à formaliser ce projet de vie personnalisé à l'admission. En effet, l'entrée en institution, souvent vécue douloureusement par l'intéressé, pourrait jouer alors la fonction d'un « rite d'entrée » au cours duquel des mots pourraient se dire sur la manière d'habiter l'espace et le temps nouveaux qui s'ouvrent devant lui. Ceci amène à interroger la manière dont se franchit cette étape cruciale. Est-elle réellement préparée avec la personne âgée ? En effet, aucun projet de vie ne pourra être élaboré si l'admission dans ce service-là n'est pas conscientisée pour ce qu'elle est. Pour contribuer à sortir du non-dit qui entoure si souvent cette étape, il faudra souvent accepter, au moment de l'admission, de « perdre du temps » avec la famille qui, à son tour, pourra aider le futur résident à réaliser sa nouvelle situation.

Ce cadre rituel pourrait en outre faciliter la mise en mots de cet autre non-dit omniprésent qui accompagne l'entrée en service de long séjour, à savoir son issue par la mort. En effet, il est des projets de vie qui semblent surtout destinés à masquer la mort. Aussi, pourquoi ne pas intégrer dans le projet de vie que le long séjour est aussi le lieu de la fin de la vie ?

Faut-il attendre que l'état de santé de la personne âgée soit très dégradé pour commencer à parler de « fin de vie » ? Ou bien, ce qui aurait notre faveur, la fin de la vie ne pourrait-elle pas être élargie à cette nouvelle et dernière étape de l'existence qu'est l'entrée en institution ? En « saisissant la balle au bond » lors des multiples échanges quotidiens, en rendant symboliquement présents, par des photos et des rites, les « absents » récemment décédés, voire en verbalisant ce que tout le monde pense et n'ose pas dire à propos de la mort, il s'agirait surtout de permettre au résident de s'approprier à l'idée de sa mort, et de l'intégrer un peu plus comme faisant partie de la vie. « Préparer la mort » ferait dès lors partie du projet de vie...

Un tel projet de vie, élaboré en commun avec la personne âgée ou, en cas d'incapacité, avec la famille, devrait être réactualisé régulièrement, tous les mois par exemple : qu'a-t-elle encore envie de faire ? A côté de quoi sommes-nous passés ? Qu'y a-t-il à réajuster aux différents niveaux de prise en charge ? Ces mises à jour régulières permettraient aussi de réguler l'inévitable tension que peut générer un *pôle-je* renforcé face aux règles de vie communautaire. En effet, non seulement il ne saurait y avoir de juste autonomie de la personne sans référence à la collectivité, mais c'est une vie collective bien gérée qui garantit au mieux l'autonomie des personnes.

D'où la question nouvelle du garant de ce processus : l'équipe soignante, entité anonyme, ne saurait l'assumer en tant qu'équipe. Il faudrait que quelqu'un soit investi pour en être le moteur et le garant : le médecin ? la surveillante ? la personne âgée elle-même ? la famille ? La question demeure ouverte.

## 1.2. La famille, les proches

### Une position difficile

Référents naturels du résident, ils sont la mémoire vivante de la personne âgée. S'il est vrai qu'on doit les considérer a priori comme ses défenseurs naturels, il faut garder du recul et de la prudence, car la personne âgée peut être l'objet d'enjeux contradictoires au sein de sa famille, enjeux que l'entrée en institution peut révéler au grand jour.

Il existe en effet une ambivalence du statut de "famille" par rapport à l'institution hospitalière. Membres de la communauté institutionnelle en tant que proches du résident, ils sont en même temps étrangers à l'équipe soignante. Il y a donc là tout un espace de communication à trouver. C'est ainsi que les relations avec les familles seront grandement influencées par leur comportement :

- la qualité de leur présence (régulière, irrégulière) peut influencer la prise en charge (exemple : une équipe surprotégera un résident peu entouré) ;
- l'investissement au sein de l'institution ;
- un sentiment de culpabilité quasi constant par rapport à l'entrée en institution de leur parent ;
- des revendications, justifiées ou injustifiées, dont le mode d'expression peut aller jusqu'à l'agressivité ;
- un sentiment de frustration et de jalousie peut survenir chez des membres de la famille alors que l'état de la personne âgée s'est amélioré peu après son entrée en institution. Ce sentiment peut encore s'exacerber s'il apparaît que s'est installée une relation affective entre leur parent et l'équipe soignante.

### Intégrer la famille

Travailler à la croissance en autonomie des membres des familles et des proches n'est pas chose facile, vu le contexte de culpabilité qui accompagne fréquemment l'entrée en institution d'une personne âgée dépendante. Il

sera pourtant nécessaire non seulement d'entendre cette culpabilité, mais d'aider à l'assumer, notamment en veillant à ne pas exclure de la prise en charge les familles sous le prétexte de la seule compétence des soignants.

Cela pourrait prendre la forme d'invitations régulières à participer à des réunions de mise à jour du projet de vie. Les proches pourront constituer une aide précieuse, tant par l'apport d'éléments biographiques inconnus de l'équipe que pour l'évaluation fine des soins et leur réajustement. C'est aussi dans ce cadre qu'ils pourraient être introduits peu à peu dans la dimension « préparer la mort » du projet de vie.

Une autre forme de la participation de la famille pourrait être la constitution de conseils de familles, comprenant aussi plusieurs résidents. Ils auraient pour rôle de réguler quelque peu la vie sociale des résidents et de se faire l'écho auprès des soignants de leurs désirs.

En effet, dans toute la mesure du possible, il faudra veiller à maintenir une vie sociale : pratique religieuse, sorties en famille, entre résidents, visites non restrictives, possibilités pour les familles de partager un repas, animations culturelles, etc.

## 2. LE PÔLE-TU : LE SOIGNANT, L'EQUIPE

### 2.1. Essai de diagnostic

#### 1. Des valeurs humaines

Les personnes qui ont fait le choix de travailler en institution gériatrique sont particulièrement sensibles à des valeurs humanistes. Face à la vieillesse qui est souvent vue comme une déchéance, voire un « naufrage », les soignants entendent relever un défi : celui de manifester, par la qualité des soins, qu'il ne saurait y avoir d'usure de la dignité de la personne humaine au fur et à mesure que les années passent et qu'un être humain le reste jusqu'à la fin de sa vie. Un tel engagement peut prendre pour l'un ou l'autre la forme d'un véritable projet professionnel personnel, source de sens pour eux et de richesses pour la collectivité.

#### 2. Un idéal professionnel mis à l'épreuve

Cependant, à force d'être pris dans l'acte quotidien et routinier, ces soignants voient leur idéal professionnel et humaniste confronté de plus en plus durement aux contraintes de la réalité : « nous ne pouvons pas faire ce que nous aimerions faire ! ». Apparaît un désaccord entre leur projet personnel et leur pratique professionnelle. Il s'en suit un décalage qui les conduit à rationaliser leurs actes et à modifier progressivement ce projet. Cette évolution, vécue douloureusement la plupart du temps, démotive, démobilise les soignants qui se sentent impuissants face à une problématique qui les dépasse.

#### 3. La souffrance des soignants

Parler de « souffrance » des soignants peut surprendre, alors que le sujet principal de l'institution hospitalière est tout de même la personne malade ! C'est donc avec grand respect de la souffrance des malades, qui est première et qui doit demeurer la priorité, qu'il faut poser le problème de la souffrance des soignants.

Cette souffrance est multiple dans sa genèse. Elle résulte de l'interaction constante de facteurs externes et internes, objectifs et subjectifs, qu'on pourrait classer en différents « niveaux logiques » :

- **le surmenage physique** par augmentation progressive de la charge de travail due à l'aggravation de la dépendance des résidents et à la constance de cette charge sur l'année (pas de moment de répit, car impossibilité de fermer des lits). Ce travail, en service de long séjour, est connu pour être physiquement éprouvant vu l'importance quantitative des manutentions et leur caractère répétitif.
- **le stress psychologique** est étroitement lié au surmenage physique. D'une part, parce que les soins en long séjour sont particulièrement consommateurs de temps et d'énergie, et engendrent chez le soignant une impression désagréable de ne jamais avoir assez de temps pour la personne âgée. D'autre part, parce que l'amélioration de l'état de santé est rare, l'ordinaire étant plutôt fait de souffrances physiques ou psychiques incurables, ainsi que de fins de vie répétées et parfois difficiles.
- **la souffrance affective** est plus subtile, au point qu'elle est rarement identifiée d'emblée. Plusieurs facteurs peuvent se conjuguer :
  - . manque de reconnaissance (dans le sens d'être remercié pour les soins rendus et/ou d'être valorisé) de la part des patients, des familles, des équipes d'autres services (car les soins en longs séjours sont considérés comme peu techniques), voire de la hiérarchie hospitalière
  - . mécanismes psychologiques d'identification, de projection, d'angoisse, de culpabilité, de fixation affective, de prise de pouvoir, etc...
  - . fonctionnement idéaliste : on qualifiera d'« idéaliste » non pas, bien sûr, celui qui a un idéal, mais celui qui a un problème avec le réel ; surtout avec un réel qui résiste à son projet. Intransigeance, jugements sur les autres, perfectionnisme et volontarisme sont caractéristiques de cette attitude.

- **la souffrance de l'équipe** : une vie relationnelle difficile à l'intérieur de l'équipe soignante peut soit favoriser, soit résulter des souffrances individuelles. En outre, la souffrance de l'équipe dans son ensemble peut vouloir signifier quelque chose en tant que telle : « à quoi ça sert que dans cette équipe « ça » souffre tant ? ». Cette souffrance de l'ensemble serait-elle le signe d'une résistance collective à un changement ?

- **la souffrance au plan éthique** serait celle des « valeurs en souffrance ». Elle pose, parfois dramatiquement, la question du sens : « à quoi ça sert, il n'y pas de changement ! ». A partir du trépied éthique de Paul Ricoeur, cette souffrance-là peut être appréhendée de diverses manières :

. le fonctionnement du service hospitalier favorise-t-il l'émergence du sujet à chacun des trois pôles en interaction ? Autrement dit, le patient est-il sujet ? le soignant est-il sujet ? l'administration et l'encadrement sont-ils sujets ? Un psychiatre traitant de cette question faisait cette remarque fort judicieuse : « *Il n'y a que les objets qui s'usent.* » Se pose donc ici, pour chacun des pôles, la question de l'instrumentalisation de l'autre : l'autre est-il un simple exécutant ? un malade passif qui doit obéir ? un pouvoir administratif anonyme dont je me sers ? Qu'en est-il de la réciprocité éthique entre les différents partenaires ? et de la recherche de l'autonomie la meilleure pour chacun d'eux ?

. un autre niveau de la souffrance éthique pourrait être celui du conflit des valeurs. Non seulement, à l'intérieur d'un même pôle – par exemple au sein de l'équipe soignante – les valeurs ne sont pas forcément communes ni hiérarchisées de façon identique, mais entre les pôles les valeurs prioritaires ne sont pas non plus forcément les mêmes. Il y a ainsi des conflits de valeurs qui s'ignorent et qui gagneraient à être explicités. Dans d'autres situations, on se rend compte qu'aucun moyen n'est pris pour aider à la communication des valeurs poursuivies par les différents acteurs.

- **la souffrance, symptôme social**

De nombreux auteurs contemporains attirent fort justement l'attention sur le fait que les soignants sont comme investis par le corps social d'une nouvelle tâche : « *abolir non seulement la douleur, mais la souffrance et le malheur, supprimer le doute et le deuil. Nouvelle tâche irréalisable, nouvelle source de souffrance pour les soignants. La souffrance des soignants, souffrance en miroir de l'illusion de toute puissance d'un corps social qui se voudrait sans souffrance et sans mort, apparaît dès lors comme un signe riche de sens que non seulement il ne faudrait pas faire disparaître, mais qu'il s'agirait de prendre en compte, d'en assimiler le sens afin de la rendre sociale et supportable.* »<sup>20</sup>

## 2.2. Pour une éthique de l'autonomie au sein de l'équipe soignante

Ici encore, on reprendra les éléments de la formule de Paul Ricoeur présentée plus haut : 1) souhait d'une vie accomplie 2) avec et pour les autres.

### *Souhait d'une vie accomplie : l'estime de soi*

Il est clair que si le développement de l'estime de soi suppose la capacité d'agir intentionnellement, selon des raisons réfléchies, et à inscrire ces intentions dans des initiatives concrètes, la question qui se pose d'emblée est celle des conditions effectivement réunies dans un service hospitalier en vue d'un tel projet. En effet, force est de constater que l'organisation du travail (par soins sériels, protocoles et autres évaluations) induit une forte tendance à l'instrumentalisation de l'autre (entre malades et soignants, entre soignants et médecins, entre soignants et soignants, entre toute l'équipe et la direction). Que le pouvoir soit impersonnel (*on fait toujours comme ça*) ou trop personnel (*c'est moi qui commande ici*), le problème surgit dès qu'une catégorie de personnes est

---

<sup>20</sup> Dr Emmanuel GOLDENBERG, *Des soignants en souffrance*, Laennec, octobre 1988, n° 5.

niée par une autre. Or l'existence d'un rapport d'autorité ou d'une hiérarchie, indispensables pour le bon fonctionnement des soins, n'entraîne pas nécessairement l'instrumentalisation de l'autre et sa réduction au statut d'objet. Autrement dit, la possibilité pour chacun des acteurs d'avoir la parole n'est pas en opposition avec la nécessité qu'il y ait des fonctions diversifiées ayant des niveaux d'autorité différents. Si une aide-soignante parle, ce sera avec son autorité d'aide-soignante. Si un médecin parle, ce sera avec son autorité de médecin. Toute parole est bienvenue, seul diffère son niveau d'autorité.

Dès lors, à partir de ce préalable, il peut se mettre en place des lieux d'échange, de recherche et d'évaluation des pratiques qui soient véritablement pluri-disciplinaires. Se parler, se communiquer des informations, confronter les points de vue, se partager les valeurs poursuivies et les hiérarchiser, analyser un problème relationnel, médical, social ou éthique, résoudre des conflits, toutes ces initiatives de communication pourront contribuer à créer un « niveau minimum de consensus » dans l'équipe qui fasse place à la diversité et au génie créatif propre de chacun. Pour qu'une telle dynamique de communication au sein de l'équipe puisse fonctionner sagement, certaines attitudes de fond sont indispensables. En voici quelques unes :

- prendre soin de soi, veiller à se ressourcer afin de développer « l'être » et pas seulement « le faire » ;
- consentir à sa responsabilité particulière au sein du service ;
- reconnaître les limites de la science médicale ; viser le maximum de bien-être possible pour les résidents, mais se garder de l'illusion de la toute-puissance ;
- se satisfaire de petits succès et ne s'attaquer qu'à un problème à la fois ;
- valoriser les réalisations du service ;
- considérer les dysfonctionnements dans l'équipe comme constitutifs de tout système vivant et ne pas les dramatiser à outrance ;
- réajuster sans cesse la distance avec les résidents ;

- se préparer à la séparation (départ, mort) d'avec celui qu'on a souvent longuement soigné.

*Avec et pour les autres :  
sollicitude et réciprocité*

Le soignant n'est pas seulement « avec » les malades, il est aussi, et plus fondamentalement, « pour » eux. Il est en réciprocité d'existence avec les personnes âgées qui, à la fois, l'interpellent et le font exister comme leur semblable, et reçoivent de lui l'appel à exister elles aussi comme ses semblables. Recevant des personnes en situation de faiblesse la reconnaissance qui lui permet de se poser comme soignant, il peut dès lors mettre à profit ce statut pour leur conférer en retour, par ses gestes et ses paroles, une égalité morale que leurs déficiences physiques ou psychiques auraient tendance à éroder. « *Notre honneur, à nous humains, disait Charlotte Herfray, psychanalyste, c'est de prendre part à la restauration ininterrompue du lien social dont chacun, à sa place, est responsable. La conscience de notre rôle vient alors transformer notre fonction : elle s'enrichit de la nécessité de prendre soin de l'humain, quel que soit le visage qu'il nous offre.* »<sup>21</sup>

Comme nous, le résident ne vit pas de pain seulement, mais les joies et les plaisirs le font vivre autant, sinon plus, que le pain seul. L'aspect utilitaire et fonctionnel de toute vie en milieu hospitalier a tendance à éclipser cette notion si fondamentale de qualité de vie. Dans une telle visée, dans laquelle l'autre, même malade, demeure avant tout un semblable, il n'est pas éthique de le traiter comme un objet, fût-ce de soins. Très concrètement, il s'agirait d'aller le plus possible vers l'individualisation des soins, en cherchant à adapter régulièrement le niveau de soins et l'engagement médical à l'état réel du résident, de ses besoins exprimés ou pressentis.

---

<sup>21</sup> Charlotte HERFRAY, *Etre et faire avec le handicap : un problème culturel*. Conférence prononcée à la Journée d'Etude du CREAL.

En outre, le sujet humain est être de langage et de relations, être de désir qui ne peut être réduit à la somme de ses besoins. Être « en creux », sa demande fondamentale dépasse ce qu'il exprime dans ses besoins, même si elle passe obligatoirement par eux. C'est là que le soignant, comme tout sujet humain, s'affronte à la limite radicale de toute sollicitude : il ne pourra jamais combler l'autre. L'expérience du renoncement et de l'impuissance fait partie intégrante de la démarche d'« aider les autres ».

### 3. LE PÔLE-IL : LA REGLE, L'INSTITUTION

#### 3.1. Un pôle « multi-polaire »

Dans notre cas, le *pôle-il*, c'est d'abord l'institution hospitalière de laquelle font partie tous les acteurs, quel que soit leur niveau de responsabilité. Ce sont ensuite les pouvoirs multiples qui en régissent le fonctionnement : principalement, en interaction avec l'environnement socio-économique et politique, les autorités administratives et médicales, elles-mêmes étant traversées par des jeux d'intérêts parfois antagonistes. Enfin, il n'est peut-être pas inutile d'évoquer ce qu'il est convenu d'appeler « le pouvoir des médias » et son impact sur les évolutions.

Dans le cadre du Groupe Saint-Vincent, le *pôle-il* est représenté par les structures de direction (direction générale, congrégation, ressources humaines, gestion financière et administrative) qui sont elles-mêmes en relation avec les représentants du personnel, les organismes de tutelle et les pouvoirs publics. Le *pôle-il* est alors celui qui « discerne » pour les autres, c'est-à-dire en reprenant l'étymologie de discerner : « diakrasis », celui qui permet de passer « à travers la crise ». En ce sens, le *pôle-il* est pouvoir de direction et donc de décision institutionnelle. Les décisions se veulent inspirées par un projet d'établissement et par des chartes (Charte du Groupe Hospitalier Saint-Vincent, Charte du malade hospitalisé, Charte de la personne âgée dépendante).

#### 3.2. Idéal partagé et conflit de valeurs

Centré comme les soignants sur la satisfaction de la personne âgée dépendante, le représentant de l'institution ne peut travailler à cet objectif que par personnes et moyens interposés. Il partage donc le même idéal que celui des soignants, mais selon un angle de vue différent dû à un positionnement différent. Ses objectifs visent la bonne organisation des soins, et par conséquent la compétence des soignants ainsi que le développement de moyens nécessaires à la satisfaction de la personne malade.

Cette approche globale de la problématique hospitalière est en permanence en tension entre les valeurs du Groupe Hospitalier Saint-Vincent, d'une part, et la logique économique qui aujourd'hui marque fortement la politique de la santé en France, d'autre part. Le représentant de l'institution vit donc aussi un conflit de valeurs. Mais celui-ci s'exprime dans le difficile arbitrage entre des contraintes économiques et la prise en compte de l'homme. Autrement dit, la question cruciale est bien souvent la recherche du sens dans une logique économique qui ne permet plus de préserver toutes les valeurs en même temps.

Mais au-delà de ce conflit de valeurs, la difficulté du représentant de l'institution est sans doute encore davantage liée au décalage existant entre la conception des soins selon le soignant et sa propre vision, compte tenu de leur positionnement, et donc de leur angle de vue différents.

### 3.3. Du sens en recherche de cohérence

Trois difficultés majeures proviennent de cette question du sens qui se cherche dans les lieux de soins aux personnes âgées comme partout dans notre société : la problématique du besoin et du désir, un rapport au temps éminemment variable selon les pôles, une difficile articulation entre les acteurs.

#### *Le besoin et le désir*

Le conflit principal vient du fait que « les moyens », quels qu'ils puissent être, semblent ne plus suffire à répondre à la problématique posée, dans une culture qui ne sait plus guère dépasser cette logique de moyens. Comment se fait-il, en effet, qu'il y ait un tel malaise dans les hôpitaux, alors que le pourcentage du Produit Intérieur Brut alloué à la santé n'a jamais été aussi élevé ?

Dom Hugues Minguet explique que notre société d'hyperconsommation nous fait confondre besoin et désir : « *Dans l'ordre du besoin, nous réduisons l'autre à nous-mêmes, alors que le désir nous fait accéder à l'altérité... Nous avons cru longtemps que combler nos besoins apaiserait notre désir. Notre désir crie l'infini et ne peut être rempli que par l'infini de l'autre.* »<sup>22</sup>

Cette réalité pose clairement une des difficultés majeures du représentant de l'institution : arbitrer le développement continu des moyens et matériels dont ont précisément « besoin » les services hospitaliers, mais qui ne suffisent pas à répondre au désir de rencontrer l'autre.

Les équipes elles-mêmes reconnaissent les efforts permanents faits pour l'amélioration de leurs conditions de travail (meilleure dotation en personnel et en moyens matériels que la plupart des autres longs séjours). Mais, par difficulté à répondre à la question du sens, n'auraient-elles pas tendance à se réfugier

dans une logique de besoins, d'un « toujours plus » ?

#### *Le rapport au temps*

La recherche d'un sens cohérent pour tous les acteurs ne peut pas faire l'économie d'une réflexion sur leurs rapports différents au temps. En effet, le rapport au temps n'est pas le même aux trois pôles de la relation. Si le patient éprouve plutôt le temps comme ralenti, voire figé, comme le temps de la patience et de la contingence, l'institution se situe avant tout dans un temps qui dure. En face de l'intemporalité - voire de l'immortalité - du temps institutionnel, se tient l'expérience de la finitude qui est celle du patient.

Quant aux soignants, ils sont écartelés entre leur proximité à l'immédiateté vécue par les malades et leur mission dans une institution qui doit durer. Ils ne sont ni dans le temps du patient, ni dans celui de l'institution. L'approche globale que mettent en œuvre les représentants de l'institution les amène à devoir « anticiper » et donc travailler sur le moyen, voire le long terme. Leur appréhension de la réalité n'est donc pas celle d'un présent figé (comme celui du malade), mais une dynamique entre le passé (effort de relecture) et l'avenir (effort de projection). Cette inscription dans une dynamique temporelle est opposée à la perception des soignants qui, eux, vivent le présent comme un acte en attente, pour ne pas dire en manque, de la promesse de l'avenir. Dom Minguet rappelle, en effet, que « *dans notre perception moderne, le sens est dans l'avenir. L'avenir est lieu du sens dans la mesure où il est celui de toutes les promesses. Cette croyance devient position de vie. Celle-ci est alors une course sans fin, une course à perte d'âme. L'instant présent, lieu d'inscription du sens, n'est plus habité.* »<sup>23</sup> Cette difficulté à habiter et à vivre le présent peut expliquer la difficulté, actuellement accentuée, à accompagner la vieillesse.

<sup>22</sup> *L'éthique ou le chaos*, Presses de la Renaissance, 1998.

<sup>23</sup> *Ibid.*

### *La difficile complémentarité des acteurs*

Le pouvoir d'arbitrage et de décision qui marque le représentant de l'institution le situe d'emblée du côté du système normatif, c'est-à-dire de celui qui édicte les règles et sanctionne ceux qui ne les respectent pas. Le soignant, dans cette représentation, peut ne pas trouver à se situer en liberté et être tenté par une position de dépendance ou, au contraire, de rébellion. Une troisième difficulté est ainsi imposée au représentant de l'institution pour peu qu'il manifeste la volonté (c'est le cas du projet Saint-Vincent) de susciter l'autonomie des soignants pour leur permettre de s'épanouir et surtout d'œuvrer en complémentarité au projet de l'institution.

La seule porte de sortie de cette impasse relationnelle semble être la dynamique d'un projet partagé dans la reconnaissance réciproque des différents partenaires de l'institution. Cela passe par la communication vraie et directe, la transparence, l'effort de prise en compte des personnes par la formation, le dialogue social.

La frustration principale du représentant de l'institution réside sans aucun doute dans la difficulté à répondre à cette dernière question : comment faire pour que ce désir d'un projet vécu en complémentarité soit partagé par le plus grand nombre ? Au-delà des logiques de besoins et d'appréhension du temps, comment donner un sens commun à un travail qui se veut avant tout au service de la personne âgée dépendante ?

#### **3.4. « Dans des institutions justes »**

La personne du malade étant au centre du dispositif de soins, il appartient à l'institution hospitalière d'ajuster régulièrement ses fonctionnements institutionnels à sa finalité. Etant prioritairement au service de la qualité des soins, l'institution juste, en l'occurrence, serait donc celle qui, par un effort permanent de *cohérence*, chercherait à garantir au mieux l'autonomie et la réciprocité de *tous* les acteurs en présence, résidents *et* soignants, avec une attention particulière, vu l'asymétrie

de la relation de soins, à promouvoir la « maximisation de la part du plus faible », selon la belle formule de Paul Ricoeur.

#### *A l'échelle du service de long séjour*

Dans un service de long séjour, une telle visée éthique concerne au premier chef l'organisation du travail et son encadrement. D'où un certain nombre de propositions destinées à réinterroger en fonction de leur finalité les moyens structurels mis en œuvre :

- vérifier régulièrement à quoi et à qui est ordonnée *en priorité* l'organisation des soins et quel statut est concrètement donné au plus faible : est-il un gêneur ? ou quelqu'un à protéger particulièrement ?
- déterminer au cas par cas les priorités réelles et savoir, par conséquent, renoncer à « tout faire » ;
- optimiser l'organisation des soins : ne pas multiplier les supports de travail, planifier les effectifs de manière adaptée, faire des transmissions significatives entre équipes ;
- essayer d'évaluer la qualité des soins : analyser les pratiques collectives au regard des visées du projet de soins, mais aussi de la Charte du Groupe Saint-Vincent, de sa politique d'établissement, voire du système de santé ;
- maintenir la motivation de l'équipe : signes de reconnaissance, anticipation des difficultés, accompagnement des soignants ;
- réfléchir à l'intégration d'autres acteurs à la vie de l'unité : famille, amis, bénévoles, associations, aumônerie, écoles, etc., dans le but de faire entrer la société dans le service de long séjour et, à l'inverse, faire sortir le long séjour dans la société. L'objectif est que le système hospitalier reste perméable à l'extérieur ;
- échanger sur les expériences et initiatives (succès, échecs) avec d'autres équipes ;
- informer la hiérarchie des évolutions réalisées, mais aussi des situations qui restent problématiques malgré les efforts déployés.

### *A l'échelle de la direction de l'hôpital*

On entend fréquemment chez les personnes âgées devant envisager l'entrée en service de long séjour la réserve suivante : « *Il n'y a que des vieux là-dedans !* ». Peut-on entendre dans ce cri le refus légitime d'habiter un lieu réputé concentrer la vieillesse et ses pathologies ? La perspective évoquée plus haut de rendre plus perméables à la société les structures hospitalières est sans doute la bonne réponse, mais pour se concrétiser, elle demande un accompagnement institutionnel et des dispositions administratives facilitatrices.

Bien qu'il soit évident qu'une part de la réponse à la surcharge de travail des soignants réside dans le renforcement des effectifs, il apparaît après cette analyse que tout un pan de leur malaise échappe à cette seule logique. Mais cela ne condamne pas la direction hospitalière à l'impuissance. Hormis une formation éthique des cadres et des personnels telle que nous l'avons envisagée ici, il pourrait être recherché, en concertation avec les soignants, des solutions d'organisation de nature à favoriser la rotation du personnel, à susciter des jumelages avec d'autres services, voire avec d'autres établissements.

En outre, au niveau des Instituts de Formation en Soins Infirmiers, il y aurait à redresser l'image des services de long séjour, notamment en valorisant la technicité spécifique de cette prise en charge particulière s'ajoutant à la technicité générale de tout service.

Mais en fait, c'est toute la question de la mauvaise image sociale du service de long séjour, et plus largement de la vieillesse, qui est posée. Il n'y a pas si longtemps, travailler en gériatrie était vécu comme une quasi sanction ! Même si les choses ont bien évolué depuis, il reste beaucoup à faire. Ainsi, il apparaît, du fait du développement des unités de soins palliatifs, un phénomène nouveau : de façon caricaturale, tout se passe comme si l'unité de soins palliatifs tendait à devenir dans l'imaginaire collectif le lieu du « mourir de 1<sup>ère</sup> classe », alors que le long séjour serait,

lui, synonyme de déchéance et assimilé à un « mourir » !

Il y aurait donc un travail de communication à réaliser pour tenter de redresser l'image sociale des services de long séjour. Pourquoi pas, au Groupe Saint-Vincent, un projet à long terme autour de l'humanité vieillissante et de la mort, doublé d'une campagne d'information active dans les médias ? Cette campagne devrait intégrer à la fois la haute technicité requise par la prise en charge des personnes âgées dépendantes et de leur fin de vie (contre l'opinion erronée que pour elles « il n'y a plus grand chose à faire ») et le formidable défi qu'elles adressent à notre société quant à ses capacités d'humanité à l'égard de ses membres les plus faibles.

### IV - DE L'ETHIQUE AU POLITIQUE

C'est par leur pouvoir en matière d'élaboration des politiques de santé et d'allocation des ressources que les pouvoirs publics et les politiques entrent indirectement en confrontation avec la recherche éthique sur le terrain.

Même si la possibilité pour un établissement hospitalier d'influer sur l'économie politique du pays est quasi nulle, la tâche de la réflexion éthique consiste non seulement à ne pas légitimer trop facilement les options économiques prises au plan de la santé, mais précisément à rappeler au politique sa finalité et à en critiquer les éventuelles dérives.

Ainsi, si le politique, par une distorsion du système, en venait à empêcher une partie de la population d'accéder à l'autonomie, il reviendrait à l'éthique d'entreprendre un travail d'analyse de la situation ainsi générée et d'aider les personnes et les institutions concernées à résister. En effet, pour Jean-François Malherbe, « *cette résistance et son expression publique sont des devoirs. L'éthique n'a pas à s'ajuster aux situations nouvelles, elle n'a pas pour mission de mettre en mots acceptables les contraintes injustifiées que les plus forts font peser sur les plus*

*faibles. L'éthique en situation de pénurie, c'est la requête du sens face à la force. »*<sup>24</sup>

De fait, au terme de ce parcours, il est clair que le fait d'avoir formulé les dimensions éthiques d'un problème posé au départ comme essentiellement économique - le manque d'effectifs, cause invoquée de tous les maux - n'en supprime par pour autant l'aspect proprement économique. Ainsi, c'est au nom même de la dynamique éthique engagée qu'il convient de répercuter par toutes sortes de moyens (courrier, publications, conférences, débats, colloques, etc.) le fruit de cette recherche auprès des instances concernées.

---

<sup>24</sup> J.-F. MALHERBE, *L'éthique clinique en situation de pénurie*, Ed. Fidès, Montréal, 1997, p. 55.