

L'ETHIQUE A L'EPREUVE DE LA CLINIQUE

J. CH. Sacchi, professeur de philosophie,
Lycée Saint – Charles à Saint – Brienc,
président de l'association "Espace de Reflexion Ethique"

Introduction générale

La pratique de l'éthique se rapporte aux conditions de la vie bonne et les questions éthiques concernent les conditions d'une existence proprement humaine on peut alors penser que c'est dans les situations où l'humanité est en jeu que cette pratique de l'éthique devrait être la plus sollicitée. Or les situations où nous sommes confrontés à la maladie, au handicap, à la mort...sont de telles situations. C'est dans de telles situations que nous rencontrons en effet, quelques uns des problèmes éthiques les plus cruciaux, ceux-là même qui nous interpellent sur le sens que nous donnons à nos existences individuelles et collectives. C'est dans ces situations où l'on a affaire à des personnes particulièrement fragiles et vulnérables, dans un environnement qui leur est le plus souvent étranger que les risques de maltraitance sont les plus grands. C'est dans ces situations, de douleur et de grande souffrance que l'on peut se trouver confrontés à une interrogation sur ce que peut signifier le respect de l'autre et la dignité de la personne humaine. La question : « que faire pour bien faire ? » est alors une question vive d'autant plus redoutable que les grandes morales héritées du passé nous laissent sans réponses adéquates, adaptées aux situations particulières et parfois radicalement nouvelles auxquelles les soignants se trouvent aujourd'hui confrontés.

I L'universalité des règles morales et la pratique de l'éthique

Certains philosophes considèrent qu'on peut faire usage indifféremment de l'un ou l'autre terme. Cette interprétation, ce choix, ont quelques justifications. Du point de vue de l'étymologie, « morale » vient du mot latin : *mores* qui signifie mœurs. Alors que le mot « éthique » a une origine grecque *éthos* qui désigne également les mœurs. En outre dans les deux cas il s'agit de s'interroger sur ce qu'il convient d'admettre au titre de bonnes règles de vie. Ainsi l'un et l'autre terme semblent se rapporter également aux conditions d'une vie bonne. Pour autant et par référence, non plus à l'étymologie mais aux recherches, aux analyses réalisées plus particulièrement dans le champ de la réflexion philosophique, la distinction entre morale et éthique ne manque pas de pertinence.

La morale est constituée de règles qui se veulent universelles ; elles correspondent à des prescriptions strictes qui se présentent à nous sous la forme d'impératifs catégoriques. Ces règles universelles déterminent pour tout homme, en toute circonstance, ce que sont ses devoirs.

Le fondement de l'universalité de ces règles c'est l'universalité de l'homme et de l'humanité en tout homme. Cette universalité se reconnaît dans ce qui distingue l'homme de l'animal à savoir la raison. Ainsi le philosophe Descartes expliquait-il que la raison étant le propre de tout homme il ne pouvait y avoir ni de plus ni de moins au niveau de la raison. En effet toute différence ne pouvant se manifester qu'entre des caractères accidentels, ou bien on possède la

raison et on est homme ou bien on ne la possède pas et on n'est pas un homme. Mais on ne peut être plus ou moins homme.

Cette universalité a trouvé un deuxième fondement dans le christianisme lorsque le Christ a signifié aux hommes qu'ils étaient tous égaux au regard de Dieu ; le sacrifice du Christ valait de ce fait pour tout homme en tout lieu en tout temps.

Cette universalité des règles morales, et leur caractère impératif et catégorique ont pris une forme précise dans une morale comme celle de Kant. Mais précisément, cette universalité et l'impératif catégorique sous l'autorité duquel la loi morale doit être appliquée, peut faire problème.

D'abord parce que l'on a toujours affaire, en clinique, à des situations particulières.

Ensuite parce que les morales héritées peuvent être différentes et l'on peut être confronté à des valeurs morales différentes appartenant à des morales différentes. C'est le cas par exemple lorsqu'on a affaire à des morales dont le fondement est propre à telle ou telle religion ou culture. Il y a alors conflit de valeurs.

Si dans de telles situations l'on renvoie chacun à ce qu'il pense être le mieux alors il y a enfin le risque d'un relativisme moral qui pourrait rendre toute conduite, toute décision moralement acceptable ! De ce fait, dans des situations où la décision doit être prise la question se pose de savoir sur quoi se fonder pour pouvoir être assuré que cette décision sera sinon la meilleure possible, du moins la moins mauvaise, ou encore la plus proche, la plus conforme au **Bien**. Quand l'interrogation porte sur l'arrêt d'une alimentation artificielle dont l'enjeu est un risque vital, quand il s'agit d'entreprendre ou non, une réanimation en néonatalité, alors même qu'il peut en résulter chez l'enfant de très lourdes conséquences...que faut-il faire pour bien faire ? Faute de disposer d'une réponse appropriée dans le cadre d'une morale établie, il convient alors d'entreprendre un travail de réflexion, celui-là même qui caractérise véritablement l'éthique appliquée à la clinique.

L'éthique en tant qu'éthique appliquée, consiste en effet dans un travail que nous consentons à faire avec les autres pour qu'advienne, se réalise, au mieux, et autant que faire se peut, en nous et en l'autre la plus grande humanité possible.

L'éthique est un travail parce que cette humanité que nous portons en nous comme un possible n'est pas établie, réalisée, totalement, ni définitivement. De ce fait l'homme porte en lui, aussi, comme un « Autre » possible, la plus grande inhumanité ; c'est là un des traits fondamentaux qui distinguent l'homme de l'animal ; chez l'animal, en effet, l'animalité est établie en lui comme une essence indépassable ; chez l'homme par contre, pour reprendre un mot de J.P. Sartre, « l'existence précède l'essence ». Chacun construit cette existence tout au long de sa vie. L'être de l'homme est d'une certaine façon en devenir ; ce qui fait aussi sa fragilité et sa grandeur.

Ce travail se fait dans le monde, dans des contextes chaque fois singuliers où les règles morales, en tant que règles universelles, ne s'appliquent jamais, ou rarement, de façon mécanique. Entre les valeurs affichées dans les règles morales et les valeurs appliquées et révélées dans nos pratiques se manifeste un écart qu'il nous faut nous efforcer de réduire sans pourtant être assuré de parvenir à le faire disparaître. Ce travail est alors un travail de coopération, de co-production de sens, un travail de recherche et de promotion de valeurs communes. Il n'est réalisable que dans le cadre d'une communication dans laquelle :

1. sont supposés partagés les trois principes éthiques universels :

- L'interdit de l'homicide
- L'interdit de l'inceste
- L'interdit du mensonge

et

2. se trouvent reconnus et exprimés les traits fondamentaux de l'humain.

Quels sont ces traits ?

II – Les quatre dimensions essentielles de l'humain

On peut reconnaître assez simplement chez l'homme :

- . Une dimension organique et biologique
- . Une dimension psychique et relationnelle
- . Une dimension symbolique et langagière
- . Une dimension historique et singulière

- **La dimension corporelle et biologique**

L'existence de tout homme est corporelle. Notre corps est notre ancrage dans le monde, il est notre être au monde. En tant que tel par sa matérialité il est un objet du monde.

Pour autant ce corps n'est pas réductible à un objet. En ce sens si la distinction faite par Descartes entre deux réalités de nature différente, (le corps et l'âme) a été fort utile à l'avènement d'une médecine scientifique, il en a cependant, résulté aussi, de façon paradoxale, comme un oubli du sujet. Le « corps que j'ai » n'est pas le « corps que je suis ».

La médecine, après les sciences de la nature, a trop souvent objectivé ce corps. La diversité des spécialisations a contribué à le mettre en pièces et à faire perdre de vue sa complexité.

Si le corps est bien, le corps sujet, alors la maladie, la vieillesse....concernent le sujet dans sa totalité.

Etre handicapé ce n'est pas seulement avoir un handicap, être malade ce n'est pas seulement avoir une maladie. Ainsi toute objectivation du corps tend à lui faire perdre sa dimension proprement humaine et personnelle.

- **La dimension psychique et relationnelle** (*la nature dialogique de la conscience*).

Si l'être humain est un être conscient, conscient de lui-même, encore faut-il s'entendre sur ce qu'on entend par là et sur ce que cela implique.

Il faut en effet reconnaître que toute conscience est intentionnelle, c'est-à-dire relation au monde, aux autres, et à soi. En ce sens on peut dire que la conscience de soi n'est pas la forme première de la conscience, la conscience de soi se réalise par la médiation de l'autre. C'est

donc par la relation à l'autre et la reconnaissance de l'autre que je prends conscience de moi-même.

Pour exister véritablement comme un être humain, chacun a besoin de cette reconnaissance par l'autre, sans laquelle il est renvoyé à sa solitude. Qui suis-je si je ne suis rien pour l'autre ? Mieux encore, c'est dans et par cette relation aux autres, que chacun se construit comme une personne ; la subjectivité est comme une émergence de l'intersubjectivité en même temps qu'elle y contribue.

Il y a bien des façons de ne pas compter pour les autres :

Si je ne suis qu'un cas clinique par exemple.

Si on ne prend pas en compte ce que je dis

Si on ne prend pas le temps de m'écouter.

Si on ne me demande pas ce que je pense.....

On peut aussi compter pour les autres sans que, pour autant, la relation cesse d'être aliénante ; c'est notamment le cas chaque fois que je suis « instrumentalisé » par l'autre. Je compte pour lui mais alors en tant que moyen en vue d'une fin qu'il détermine et non en tant que sujet.

- **La dimension symbolique et langagière.**

L'homme est un être de langage. Le langage est comme notre milieu de vie. C'est par le moyen du langage que nous pouvons exprimer, faire entendre, communiquer quelque chose à propos du monde, de nous, des autres.

Mais le langage proprement humain est un langage symbolique. Les signes du langage signifient, et sont porteurs d'un sens et ce sens n'est pas univoque. Le langage signifie toujours en contexte et parce que le sens advient par le moyen des symboles, le langage doit toujours être interprété. En ce sens le langage humain soulève le problème de la détermination du sens, c'est-à-dire de la compréhension, de l'intercompréhension.

Ce langage peut prendre des formes différentes. Parmi elles la parole a un statut particulier, la parole est diachronique, actuelle, elle est présence vivante et engagée dans nos relations aux autres. En ce sens notre existence personnelle est présente dans la parole adressée à l'autre et dans la parole que l'autre nous adresse.

Déjà dès avant la naissance nous sommes présents, nous existons d'une certaine façon dans la parole qui nous est adressée ou dans la parole adressée à l'autre et dans laquelle il est question de nous ; C'est alors la troisième personne qui nous désigne et c'est à la troisième personne que nous nous désignerons jusqu'à ce que par la grâce d'un « tu » qui nous est adressé nous soyons comme mis en demeure de nous désigner par « je » ; Dès lors, selon le mode d'existence reconnu dans la parole de l'autre, nous pouvons exister véritablement pour l'autre comme un sujet. Suis-je réellement considéré comme un interlocuteur ?

La parole qui m'est adressée me reconnaît-elle dans ma différence, dans ma singularité, dans mon altérité ? On peut s'adresser à l'autre de différentes façon, selon par exemple que je le reconnais ou non comme mon égal dans l'échange. Selon que je reconnais et tiens compte de « son jeu de langage » particulier, propre à son vécu d'enfant, d'handicapé, de malade, de personne âgée (chacun a son monde, vit dans un monde où les mots, les expressions ont un sens particulier). Nos « jeux de langage » se rencontrent-ils, se heurtent-ils ? Avons-nous un jeu de langage commun ? Etre soignant, être soigné n'est-ce pas vivre dans deux milieux différents dans lesquels les mots, les paroles n'ont pas le même sens ? Ce sens n'est-il pas

aussi fonction des attentes, des présupposés ? L'attente angoissée d'un diagnostic peut faire entendre dans la parole de l'autre un pronostic qui n'a peut-être jamais été dit.

Etre sujet, reconnu dans la parole qui nous est adressée, n'est-ce pas simplement une marque de respect ? Ne dit-on pas qu'on peut s'adresser à l'autre comme à un chien ? Que les paroles peuvent être blessantes ?

Mais le silence peut également être mortifère. Que l'on pense par exemple à tous ces actes techniques administrés dans le silence ou dans un « bavardage » entre « spécialistes » indifférents à la présence de celui dont on parle.

- **La dimension historique et singulière**

Le monde est déjà là avant notre naissance, et cette naissance signifie aussi qu'une histoire a commencé bien avant-elle, une histoire qui est pour une part déjà la nôtre, avant même que nous nous l'appropriions par le récit qu'il nous en sera fait. C'est ainsi que les enfants peuvent naître avec le poids parfois considérable d'un passé, celui de leurs parents, celui de leur conception... (cf. quand par suite de problèmes graves, on doit choisir au moment de l'accouchement entre des jumeaux).

Mais chacun d'entre nous s'il est un héritier est aussi celui par qui une histoire se fait. Cette histoire n'est pas tant la suite des événements vécus que la mise en récit de ces événements. En ce sens l'histoire personnelle, celle d'une vie, est une histoire racontée par le moyen de laquelle, chacun exprime et construit son identité personnelle en ordonnant dans le récit qu'il fait, les différents moments de son histoire personnelle. C'est dans l'histoire racontée que cette identité prend forme. D'où aussi l'intérêt d'un tel récit quand des fractures, des événements traumatisants ont pu compromettre cette identité personnelle.

Ce récit, cette histoire par les moyens desquels on fait connaître et on reconnaît soi-même une identité singulière, pour jouer véritablement cette fonction doit pouvoir être racontée à quelqu'un qui écoute et qui ne fait pas que l'entendre, mais qui s'efforce de la comprendre.

Ainsi peut apparaître au croisement de ces quatre dimensions ce qui caractérise l'humanité de l'homme, car si chacune de ces dimensions a pu être distinguée, la réalité humaine dans sa complexité tient dans leur composition.

Comme nous avons pu déjà le noter il nous est possible maintenant de comprendre à quel point le respect de cette humanité peut-être fragilisé, menacé, dans les situations particulières, de la vieillesse, de la maladie, du handicap et donner lieu à des formes multiples de maltraitements. La maladie, la vieillesse et plus encore, l'association des deux, fragilisent la personne, la rendent toujours plus vulnérable et cela d'autant plus que les traits caractéristiques de l'humain tendent peu à peu à s'effacer au point d'en venir à se dire qu'une telle existence n'est plus proprement humaine ou encore que la « dégradation » de l'état de la personne est telle qu'une telle vie dans ces conditions n'est plus digne d'un homme.

S'interroger ici sur la place de l'éthique dans une telle situation c'est alors se demander quel sens peut-il y avoir à pratiquer des soins et jusqu'où aller dans le soin ? Dans quelle mesure le soin peut-il être dans une telle situation, notamment à la limite de la vie et de la mort, l'occasion, voire la condition d'une plus grande humanisation ?

III – La relation de soin, entre « maltraitance » et « bientraitance »

- **La maladie et le vieillissement : une crise de l'être.**

On peut bien comprendre d'après ce qui précède, pourquoi le vieillissement et la maladie peuvent être vécus comme une crise de l'être. Cette crise est véritablement une crise d'identité caractérisée par une interrogation du sujet sur lui-même et une inquiétude sur son devenir. L'être humain est en effet atteint dans ses quatre dimensions : organique, psychique, symbolique et historique.

Lui est renvoyée, en outre par son nouvel environnement et la conscience qu'il a de son état, une image négative de soi à laquelle peut correspondre de son point de vue une mésestime de lui-même.

Que suis-je devenu ? Que vais-je devenir ? Qui suis-je ?

Cette interrogation et cette attente il les vit dans la solitude d'une altérité qui n'a cessé de s'accroître (et qui peut s'accroître encore s'il a le sentiment de ne pas être reconnu dans sa singularité de sujet, quand par exemple il a le sentiment d'être réduit à un cas). Cette altérité s'inscrit en lui dans sa négativité.

Il peut paraître pour le moins étonnant et même paradoxal de parler de maltraitance à propos d'une relation de soin. Ne s'agit-il pas pour les soignants de venir en aide à un autre qui du fait de la maladie sollicite cette aide ? Ne s'agit-il pas comme d'une réponse à un appel à l'aide ? Comment la réponse qui pourrait être adressée dans de telles situations de la part de personnes bienveillantes et disposant du savoir et du savoir-faire adapté pourrait-il se manifester comme de la maltraitance ? Pour bien le comprendre il nous faut rappeler rapidement quelques uns des caractères particuliers de cette relation qui s'établit entre le malade et le soignant.

Cette relation est une relation asymétrique. D'un côté quelqu'un vient avec sa plainte, sa douleur, sa souffrance et s'adresse à quelqu'un d'autre à qui il demande une aide. Cet autre dispose d'un savoir et d'un savoir-faire qui manque au premier. Il use d'un langage dont ne dispose pas le malade ; l'un, le soignant est dans un milieu qui lui est familier et qui est son milieu de travail, l'autre, le malade est dans un milieu qui lui est étranger dans lequel il a perdu ses repères habituels et auquel il va devoir se familiariser... Une telle relation peut très vite devenir une relation de pouvoir dans laquelle le malade devient comme une victime « soumise » et docile. Le risque est grand, dans une telle situation, d'une perte croissante d'autonomie d'autant plus frustrante qu'elle s'établit « sous couvert » de bienveillance. Mais précisons d'abord ce que nous entendons par « maltraitance » ?

- **La maltraitance**

Par maltraitance nous entendons cette forme particulière de violence exercée à l'encontre de l'autre et qui a pour conséquence de tendre à le destituer de son état de sujet ou de le dénier en tant que sujet.

La maltraitance comme on le sait peut prendre des formes multiples et se caractériser aussi bien par l'abstention ou l'omission que par l'abus¹. Elle peut être le fait d'actes, de paroles, de silence, d'attitudes... qui portent atteinte à l'autre en tant que sujet et, ou le confirment dans la mésestime qu'il a de lui-même. Vont dans ce sens par exemple les actes ou attitudes qui renforcent chez lui le sentiment d'impuissance et de dépendance ; se pose alors pour le soignant par ex. la question : quels risques puis-je prendre, quelle responsabilité assumer ? Jusqu'à quel point je puis permettre au malade handicapé d'accomplir les actions, les gestes qu'il veut faire tout seul ?

Il peut s'agir par exemple de violences verbales, tutoiement, maternage abusif, infantilisation, grossièreté, menaces,... ne pas expliquer un soin, manquer de confidentialité...².

On peut aussi considérer comme de la maltraitance le fait de ne pas dire au malade la vérité, de tenter de lui cacher telle information sur son état de santé, ou encore ne pas l'écouter, ne pas faire attention à ce qui pour lui a de l'importance comme les détails vestimentaires, les objets familiers, ou encore pour les soignants, ignorer ou ne pas tenir compte de l'avis ou des décisions des autres membres de l'équipe, au risque de faire perdre au malade ses repères.

- **Que pourrait bien être alors une relation de « bientraitance » ?**

La relation de soin, en tant que relation de « bientraitance » est une relation d'aide véritable dans laquelle **le sujet aidant** accompagne **un autre sujet** et, par le moyen de ses compétences et son expérience lui permet de passer un cap difficile. C'est une mission au cours de laquelle **le sujet aidant contribue à la subjectivisation du sujet aidé c'est-à-dire d'une certaine façon au devenir soi de l'autre**. Pensée de cette façon la relation de soin subjectivise, autonomise. Encore faut-il préciser ce qu'il faut entendre, par autonomie.

Si au sens propre l'autonomie consiste dans la **capacité à se donner à soi-même sa propre règle**, il peut paraître alors pour le moins étonnant, sinon paradoxal, d'entendre parler d'autonomisation au moment même où l'état de santé de la personne se dégrade et où, de ce fait, elle devient de plus en plus dépendante. C'est d'ailleurs dans une telle situation que l'on parle habituellement de perte « d'autonomie ».

Il faut alors préciser que l'autonomie au sens où nous l'entendons, l'autonomie ne caractérise pas tant un état qu'un cheminement accompli avec l'autre. Ce cheminement peut se faire jusqu'au seuil de la mort. Cette autonomisation qui n'est rien d'autre au fond que l'attestation de soi en tant que sujet ne peut se faire que dans une reconnaissance réciproque, une estime partagée et un respect réciproque.

¹ Abus : acharnement « thérapeutique »

² cf. la question de la distance à l'autre, trop loin : indifférence
trop près : ingérence dans son intimité.

Toutefois il faut bien reconnaître, si ce qui précède relève d'un idéal difficile à atteindre, la difficulté est encore plus grande et le défi éthique plus redoutable dans certaines situations comme par exemple dans le cas des malades « victimes » de la maladie d'Alzheimer.

- **Sur la maladie d'Alzheimer et les problèmes qu'elle pose**

Les troubles, ici, consistent en une dégénérescence intellectuelle progressive et irréversible aboutissant plus ou moins vite à une dépendance psychique totale. On assiste, pratiquement impuissant, à une dégradation des fonctions :

- Intellectuelles (mémoire, orientation dans l'espace et le temps..)
- Langagières
- Praxiques et comportementales.

D'un point de vue psychologique cette maladie génère angoisse, détresse, mésestime de soi aussi bien chez le malade bien entendu mais aussi chez les personnes proches. Ce que nous avons reconnu comme les caractères fondamentaux de l'humain semblent s'esquisser peu à peu au point que les atteintes les plus graves, au terme de la maladie on peut s'interroger sur le sens d'une telle existence. Pourquoi maintenir une telle vie, que signifie dans ces conditions la dignité de la personne ? Que peut signifier le respect de l'autre ? Que pouvons nous faire pour bien faire ? Que reste-t-il à faire quand il apparaît qu'il n'y ait plus rien à faire pour améliorer la situation du malade ? A quoi peut nous inviter une conduite qui se voudrait « éthique » ? Cette maladie actuellement est hors de portée de traitements réellement et durablement efficaces.

Le tableau général paraît particulièrement inquiétant. Les informations sur le développement de cette maladie dans la population vieillissante laisse supposer que d'ici 2020 il pourrait y avoir en France entre 500 000 et un million de cas.

L'examen des problèmes posés par cette maladie est particulièrement intéressant ici parce qu'il permet de comprendre à quel point les problèmes éthiques peuvent être associés à des problèmes épistémologiques.

- **Les problèmes épistémologiques**

Se pose en effet ici un problème d'ordre épistémologique abordé par le Docteur Jean Maisondieu dans l'introduction à son livre *Le crépuscule de la Raison*.

L'interprétation donnée de la maladie d'Alzheimer tend en effet à occulter toute autre interprétation que neurobiologique, et empêche de rechercher les causes ailleurs que dans le cerveau. Elle tend à rassembler dans un même ensemble, des symptômes qui, examinés dans une autre approche, pourraient ouvrir la voie à des interprétations différentes. Aussi a-t-on, selon le docteur Jean Maisondieu, « métamorphosé en une grave maladie cette catastrophe existentielle dans laquelle la santé d'un être humain est tellement malmenée qu'elle paraît anéantie » :

- On pense les dysfonctionnements intellectuels en terme de « maladie ».

- On retient alors qu'un seul type étiologique : atteinte cérébrale. Corroborée prétend-on par l'observation de corrélations entre symptômes et lésions cérébrales.

Or, que deux phénomènes soient corrélés ne nous dit rien sur leur relation de causalité. En outre la causalité adoptée ici est une causalité linéaire alors qu'une causalité circulaire est possible et attesterait à différents niveaux de la complexité fondamentale du problème car cette causalité circulaire révélerait la pluralité, la diversité et l'interactivité de causes de nature différente : physiologique, psychologique, sociologique, relationnel.

Quant au terme même de maladie, il fait ici problème. L'on peut en effet à juste droit se poser la question : Qu'est-ce que la santé ?

En 1978 – l'Organisation Mondiale de la Santé proposait la définition suivante :

« La santé est un état de bien-être physique, mental et social », il « ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ».

Conséquence : une personne dont la santé est altérée ne souffre pas nécessairement de maladie. Donc on peut-être en mauvaise santé sans être malade. Ce qui veut dire que dans ce cas une **médicalisation du trouble n'est- pas appropriée, et pourrait même empêcher une prise en charge satisfaisante du trouble ; elle pourrait même l'accélérer.**

Qu'est-ce qui empêche de sortir du modèle interprétatif dominant ?

- La peur, l'angoisse devant le « vieillissement » et la mort
- La crainte d'une culpabilisation de l'entourage. L'appel à la maladie déculpabilise.

Ceci montre bien à notre sens, à quel point la pratique de l'éthique est indissociable d'un apprentissage de la pensée. Apprendre à bien penser est indispensable pour qui veut penser le bien. Cette leçon on la trouve chez deux auteurs fort éloignés en apparence : Hannah ARENDT d'une part, E. Morin d'autre part. La première lie la pratique de la morale à l'exercice de la pensée. Le second nous invite à changer de paradigme, de modèle d'interprétation des phénomènes de façon à en saisir la complexité. Des leçons qu'il conviendrait sans doute d'appliquer plus souvent !

Que pourrait bien être ici, dans le cas de cette maladie le travail de l'éthique ?

- **La maladie d'Alzheimer et le travail de l'éthique**

D'abord tenter de réduire autant que faire se peut, par des exercices et pratiques appropriées l'évolution de la maladie. Ce qui exige compétences professionnelles et formation des soignants et des accompagnants.

Mais aussi tenter de saisir en l'autre ce qui ne se perçoit plus :

Une présence dans la parole adressée, entendue, écoutée, et quand il n'y a plus de parole exprimée, manifestée de la part du malade, parler de lui comme d'un sujet : Le rendre présent dans les paroles échangées à son propos.

Parler de lui comme d'un sujet « convoqué à la parole » dans l'échange langagier entre les soignants, entre les soignants et la famille. Ainsi devra-t-on éviter de parler les uns aux autres, en présence du malade comme s'il était absent.

Nous pourrions aussi nous efforcer, de valoriser tout signe de présence personnelle. Son nom, ses affaires sa détresse...

Nous pouvons encore réaliser **un travail de résistance relativement à toute attitude ou comportement ou parole qui accentuerait encore le processus de négativité et de désespérance, de déni de soi.**

- Résister à la tendance à objectiver (ou objectifier comme aime à le dire J.F.Malherbe) l'autre, s'interdire de réduire le corps sujet au corps objet qu'on manipule.
- Résister à la tendance à faire d'un langage incohérent un langage dépourvu de sens.
- Résister à la tendance à faire d'une vie sans récit une vie sans identité.
- Résister en somme à tout ce qui accentuerait un processus de déshumanisation et ce faisant participer à un travail d'humanisation de l'autre et de soi.

Les obstacles, il faut le souligner, peuvent être, il est vrai, difficiles à surmonter

Car est renvoyée aux « soignants » et accompagnants, une image négative d'eux-mêmes

- Parce que nous avons devant nous en chair et en os ce que nous pouvons devenir sans que nous puissions l'éviter c'est-à-dire une forme dégradée de notre humanité !
- Parce que nous sommes confrontés aux limites de nos compétences professionnelles et qu'il en résulte un sentiment d'insécurité, d'échec (inefficacité des méthodes, inadaptation des moyens..) et nous sommes alors renvoyés à la question : que peut signifier « soigner » dans de telles situations ?
- Obstacles aussi qui nous viennent de la pénibilité des conditions de travail (manque de personnels, manque de temps, de matériels et difficultés relationnelles dans l'équipe soignante ou avec la hiérarchie institutionnelle).
- Obstacle encore qui peut venir d'un sentiment de non reconnaissance de la part des services publics, de la société de la famille, de l'institution...)

Il restera toujours à donner aux gestes aux paroles aux attitudes et comportement le sens d'une humanité toujours présente en soi et en l'autre nous rappelant notre appartenance à une humanité commune qui nous oblige au respect et à la reconnaissance d'une égale dignité.

Les questions et problèmes examinés précédemment sont loin de couvrir le champ de l'éthique clinique ; il est cependant possible d'en tirer quelques enseignements sur la

résolution des problèmes éthiques, dans le domaine clinique notamment. C'est ce que nous nous proposons de faire rapidement dans ce qui suit.

IV – Quelques indices pour aider à la résolution des problèmes éthiques

Un problème éthique est une difficulté que nous rencontrons relativement à l'attitude à avoir, la décision à prendre, la conduite à tenir dans une situation où ce qui est en jeu c'est essentiellement le Bien, situation où se pose la question : « que faire pour bien faire c'est-à-dire faire le Bien » (Tout en sachant que quelquefois le Bien que l'on peut faire ce n'est rien d'autre que d'éviter le pire) ?

Que faire pour bien faire dans des situations de maltraitance ?

Que faire pour bien faire lorsqu'il s'agit de décider dans une situation d'indétermination de ce qui serait le meilleur traitement possible ?

Que faire pour bien faire quand une décision requiert le consentement éclairé d'un malade qui est dans l'incapacité de comprendre ou de donner son avis ?

Que faire pour bien faire quand la question se pose d'un arrêt de traitement ?

Que faire pour bien faire relativement à une demande d'euthanasie ?

Bien entendu dans de telles situations on peut se référer à des règles de lois, à des règles de déontologie. Mais comme toute règle générale il peut y avoir un problème d'application dans une situation particulière (penser à l'esprit de la loi : qu'aurait proposé le législateur si au moment de la réalisation de la loi il avait eu à l'esprit ce cas ?) Que faire pour bien faire ? Dans de telles situations comment régler un problème éthique ? Quelle est la meilleure démarche à suivre ? Ne convient-il pas d'échanger, d'établir d'entretenir une communication avec les autres membres de l'équipe soignante, avec les personnes concernées ?

Dès lors la qualité de la décision ne sera-t-elle pas fonction de la qualité de la communication qui se sera établie, de la compréhension de l'information et de la qualité de la relation. Mieux chacun sera reconnu comme sujet dans sa relation à l'autre et meilleure sera d'un point de vue éthique la décision qui sera prise.

Ainsi une des questions qui peut se poser est de savoir à quelle condition une intercompréhension est-elle possible et quelles sont les conditions d'une relation véritablement éthique à l'autre ? Au fond quelle est la forme idéale du rapport langagier à l'autre qui soit tel que les interlocuteurs parviennent par un travail commun, une co-opération langagière, à une intercompréhension ? La réponse à cette question est relativement simple : il s'agit du dialogue. Qu'est ce qui peut alors permettre de comprendre cette « vertu » éthique du dialogue ? Qu'est-ce qui le rend possible ?

- **La recherche des conditions d'une solution éthique**

La pratique du dialogue

Il faut bien reconnaître que parmi les moyens dont nous disposons pour établir et entretenir une relation qui puisse permettre à chacun de « cultiver son autonomie en cultivant l'autonomie des autres » (J.F.Malherbe), figure en première place, le dialogue. Mais le véritable dialogue a de traits spécifiques qui le distinguent de tout autre échange langagier avec les autres....Ainsi :

- Dans un véritable dialogue chacun doit être reconnu comme interlocuteur au même titre et à égalité avec l'autre.
- Dans un véritable dialogue chacun est reconnu dans sa différence.
- Dans un véritable dialogue chacun a le souci d'écouter l'autre, ou si l'on peut dire de s'adresser à l'autre en prenant l'oreille de l'autre.
- Dans un véritable dialogue chacun a le souci de rechercher la vérité et de participer avec l'autre à un consensus éventuel.
- Dans un véritable dialogue chaque interlocuteur a le souci de favoriser pour l'autre l'expression la meilleure, l'argumentation la plus solide du point de vue qu'il exprime.
- Dans un véritable dialogue chaque interlocuteur se montre sincère et authentique c'est-à-dire s'efforce de faire connaître par exemple les présuppositions qui sont susceptibles de mieux révéler le sens de ce qui est dit en dévoilant par exemple les intentions.
- Dans un véritable dialogue la parole échangée porte en elle la double origine des interlocuteurs, elle est parole construite à deux, elle est coproductrice d'un sens. (cf. à ce sujet ce qu'en dit Maurice Merleau-Ponty dans son livre *Phénoménologie de la Perception*)³

A l'entendre ainsi on peut dire du dialogue, non seulement qu'il est un lieu de promotion de la personne, mais encore que par les efforts qu'il requiert et les exigences éthiques qu'il mobilise, il se montre être un lieu d'apprentissage de l'éthique. De ce fait aussi on peut dire du dialogue, qu'il est sans aucun doute le meilleur garant d'une capacité à progresser vers la meilleure solution éthique possible, au problème éthique.

³ « Dans l'expérience du dialogue, dit Merleau-Ponty, il se constitue entre autrui et moi un terrain commun ma pensée et la sienne ne font qu'un seul tissu, mes propos et ceux de l'interlocuteur sont appelés par l'état de la discussion, ils s'insèrent dans une opération commune dont aucun n'est le créateur. Il y a là un être à deux, et autrui n'est plus ici pour moi, un simple comportement dans mon champ transcendantal, ni d'ailleurs moi dans le sien, nous sommes l'un pour l'autre collaborateur dans une réciprocité parfaite, nos perspectives glissent l'une dans l'autre, nous coexistons à travers un même monde. Dans le dialogue présent je suis libéré de moi-même, les pensées d'autrui sont bien des pensées siennes, ce n'est pas moi qui les forme, bien que je les saisisse aussitôt nées ou que je les devance, et même, l'objection que me fait l'interlocuteur m'arrache des pensées que je ne savais posséder, de sorte que si je lui prête des pensées, il me fait penser en retour. »

Merleau Ponty, *phénoménologie de la perception*, P.U.F. p. 407.

Mais parce que le dialogue est exigeant, il est aussi difficile, et nous ne sommes jamais à l'abri d'un conflit de jeux de langage. Dont la solution pourrait nécessiter la médiation d'un tiers.

Aussi, faire du dialogue comme un outil au service d'une plus grande humanisation des relations que nous avons les uns avec les autres, ne dispense pas de rechercher des stratégies permettant la résolution des problèmes et ceci d'autant plus que l'on peut être confronté à des points de vue différents

-des soignants
-de la famille en fonction de systèmes de valeurs, de représentations, de croyances différentes.

Pour l'approche stratégique et la mise en œuvre d'une stratégie en vue de la résolution des problèmes éthiques nous renvoyons aux analyses proposées par Jean François Malherbe dans son livre : *Compromis, dilemmes et paradoxes en Ethique Clinique*. Ed. Fides, Québec.1999.)⁴

- **Le rôle du tiers**

Il nous faut souligner, pour finir, **le rôle que peut jouer le tiers**, dans la recherche d'une solution. La pratique montre qu'il importe de disposer d'un tiers, non impliqué dans la situation, et qui ne fasse pas partie, si possible, du personnel soignant ; cela oblige notamment à prendre du recul, à chercher un jeu de langage commun accessible aussi bien aux soignants qu'à toute personne concernée par le problème. Cela peut faciliter la sortie d'une situation contradictoire ou paradoxale et permettre ainsi la reprise du dialogue.

⁴ En présence d'un problème éthique, il convient :

- 1 – de s'assurer que toutes les personnes concernées sont représentées.
- 2- de se mettre d'accord sur la formulation du problème
- 3- de se demander quelles sont les solutions possibles, après avoir fait le point déjà sur les solutions essayées.

Si l'examen des solutions fait apparaître un désaccord, on peut se demander :

S'il ne peut pas apparaître un accord voilé (par exemple on ne peut pas être d'accord sur des soins, mais on peut être d'accord pour donner les meilleurs soins). En cas d'accord voilé, il faut alors dévoiler l'accord.

S'il s'agit d'une divergence composable, dans ce cas il s'agit de négocier un compromis.

S'il s'agit d'un dilemme, il faut alors le trancher sur la base d'un accord sur la procédure ; Dans ce cas il faut se mettre d'accord sur le poids des arguments, la règle du jeu décisionnel (par exemple la majorité).

S'il s'agit d'un paradoxe, il faut alors méta communiquer pour sortir du paradoxe.

Le tiers peut être celui qui va interroger, interpréter autrement, permettre au fond aux interlocuteurs de prendre le recul nécessaire à la réflexion, par ses interventions et la liberté qu'il a en n'étant pas impliqué directement dans la situation ; son rôle de médiateur peut donner l'occasion d'une réinterprétation des propos de l'un et de l'autre dans le langage de chacun ou le langage que chacun peut comprendre. Il peut permettre de construire un jeu de langage commun. Ce tiers peut être indispensable dans toute situation ou du fait de la complexité, du fait de l'importance de l'enjeu, du risque qu'il y a, de l'incertitude quant à la meilleure solution possible, du fait aussi d'une grande souffrance par exemple du soigné, de son entourage et des soignants, on peut avoir le sentiment d'un manque de clairvoyance et d'une impasse. Par sa participation le tiers peut, de ce fait, restaurer une confiance menacée.

Conclusion générale

Notre appartenance commune à l'humanité nous oblige à ce respect réciproque par lequel Proudhon caractérisait la justice. Mais notre existence personnelle se marque aussi par la différence. Ainsi tout être humain est à la fois identique à moi et en même temps différent de moi. La pratique de la justice nécessite alors le respect réciproque sur fond d'égalité et de différence. La prise en compte de la différence dans l'application de la justice c'est ce que Aristote appelait l'équité. Il considérait alors l'équité comme une perfection de la justice.

Justice et équité impliquent à l'égard des plus pauvres et des plus démunis un devoir de solidarité et un travail éthique d'humanisation. Le philosophe Paul Ricoeur caractérisait la visée éthique comme la « visée de la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes ».

Ce devoir de solidarité nous interpelle d'abord en tant qu'être humain sur le plan personnel, mais aussi en tant que membre d'une même communauté. Il a de ce fait une dimension politique. En tant que tel c'est un devoir de citoyen. En ce sens la pratique de l'éthique a comme son corollaire, voire son accomplissement, dans un engagement de citoyen pour qu'advienne autant qu'il est possible, le plus d'humanité possible ; ou pour le dire à la façon d'Aristote pour qu'avec et par les autres nous nous efforcions de devenir plus vertueux.

Quant au travail d'humanisation nous avons vu précédemment qu'il constituait l'essentiel de la pratique de l'éthique. Ce travail est double : résistance à tout ce qui dans nos pratiques et la relation aux autres est facteur de déshumanisation et notamment de négativité relativement aux 4 composantes de l'humain. Mais en même temps reconnaissance de l'autre comme une personne, en valorisant tout ce qui peut signifier sa présence, en attestant cette présence comme celle d'un sujet, en restaurant dans et par le souci de l'autre l'estime de soi.

Bibliographie sommaire

N.B. Je remercie Jean-François Malherbe, professeur en éthique à l'Université de Sherbrooke, au Québec, pour les nombreuses conversations que nous avons eues et les enseignements que j'ai pu en tirer, les analyses qui précèdent lui doivent beaucoup.

- O. Abel, *L'éthique interrogative*, éd. P.U.F., Paris, 2000
H. Arendt, *Responsabilité et jugement*, trad. J.L.Fidel, éd. Payot, Paris, 2005
Aristote, *Éthique à Nicomaque*, trad. J.Tricot, éd. Vrin, Paris, 1997
Jean Maisondieu, *Le crépuscule de la raison*, éd. Bayard, 2001
Jean-François Malherbe, *Les ruses de la violence dans les arts du soin*, éd. Liber, Montréal, Québec, 2003
Déjouer l'interdit de penser, éd. Liber, Québec, 2001
Compromis, dilemmes et paradoxes en éthique clinique, éd. Artel-Fides, Québec, 1999
Edgar Morin, La Méthode, T.5, *L'identité humaine*, éd. Seuil, Paris, 2001
La Méthode, T.6, *Éthique*, éd. Seuil, Paris, 2004
Maurice Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, éd. Gallimard, Paris, 1945
Paul Ricœur, *Du texte à l'action*, éd. Seuil, Paris, 1986
Soi-Même comme un autre, éd. Seuil, Paris, 1990
Paul Watzlawick, *Une logique de la communication*, trad. J.Morche, éd. Seuil, Paris, 1972
L.Wittgenstein, *Les investigations philosophique*, trad. Klossowsky éd. Gallimard, Paris, 1961

