

Extrait de S. Arslan, W. Hesbeen (coord.), *Soin(s). Perspectives éthiques*,  
© Éditions Seli Arslan, 2015

## Mettre du soin dans les soins

### Évolution – Disposition – Éthique du quotidien

Walter Hesbeen

---

L'évolution somme toute récente du système de soins nous donne des indications précieuses quant aux défis contemporains auxquels sont confrontés les professionnels, les organisations et les dispositifs de formations.

Si nous pouvons, avec force, souligner l'intérêt indubitable des développements voire des performances technoscientifiques de la médecine, ceux-ci ne pourraient, cependant, se suffire à eux-mêmes. Nous devons dans le même temps constater, également avec force, la volonté de plus en plus affirmée des patients et de leur entourage, c'est-à-dire de la population, d'être considérés comme des interlocuteurs pour les soins de toute nature qui les concernent. Une nouvelle exigence qui se caractérise par une double contrainte a ainsi progressivement vu le jour, celle de *la meilleure qualité technoscientifique possible associée à celle d'un niveau élevé d'attention portée à la personne et à ce qu'elle et ses proches ont à vivre dans la situation qui est la leur*. Et la prise en compte de cette double contrainte ne va pas de soi tant elle ne s'inscrit pas historiquement dans la manière qu'ont eu, d'une part, la médecine de se concevoir et d'évoluer et, d'autre part, le système de soins de se penser et de s'organiser.

### Une évolution déterminante

Si la « médecine de la convalescence », au milieu des années 1940 – devenue, aujourd'hui, la réadaptation –, était partie du constat que l'on délaissait les personnes que l'on ne pouvait guérir de leur affection, et

posait, dès lors, le principe que la médecine, même en l'absence de possibilités de guérison, pouvait « agir pour le devenir de la personne<sup>1</sup> », c'est un autre constat qui s'oppose au précédent qui a commencé à bouleverser en profondeur les réflexions.

Ainsi, ce que l'on a désigné par l'expression « mouvement des soins palliatifs » – mouvement amorcé dès les années 1960 par les Anglo-Saxons et relayé peu de temps après chez nous – procède, à la fois, d'une prise de conscience et d'une revendication qui signent le début d'une rupture dont les effets majeurs se ressentent de plus en plus aujourd'hui.

La prise de conscience est celle d'une médecine qui, grâce à ses succès et à ses audaces, se révélait de plus en plus conquérante, pouvant développer chez les professionnels un sentiment de toute-puissance conduisant ceux-ci à considérer, d'une certaine manière, la mort comme un échec et à ainsi vouloir lutter pour la vie, le maintien de la vie « à tout prix », oubliant, ou négligeant, sans intention malfaisante, que c'est à un humain qu'ils s'adressaient, que c'était sur un humain que, parfois, ils s'acharnaient.

Pour illustrer cette prise de conscience, nous pouvons nous référer aux propos de Raymond Gueibe<sup>2</sup>, psychiatre de liaison, qui rappelait, lors d'une interview récente sur l'évolution des soins :

Historiquement, le moment crucial du changement a été le recours de plus en plus poussé à la technique qui nous a amenés à glisser dans l'acharnement thérapeutique. On ne s'est pas rendu compte qu'en utilisant la technique à l'excès au nom du bien du patient mais sans vraiment se soucier de sa personne, nous allions l'amener à se redresser un jour devant nous pour dire, en quelque sorte : « maintenant, cela suffit, vous allez entendre ce que moi je veux ».

Cette prise de conscience et l'acharnement auquel étaient confrontés certains patients et avec eux leurs proches ont débouché sur une revendication que l'on peut résumer comme suit : « permettez-nous, tout simplement, de mourir en paix à l'hôpital ». Les premiers services de soins palliatifs ont ainsi vu le jour et, avec eux, une réflexion sur des modalités innovantes de conception et d'organisation des soins, modalités innovantes qu'en cohérence la philosophie et la pratique des soins palliatifs

---

1. Walter Hesbeen, *Penser le soin en réadaptation. Agir pour le devenir de la personne*, Paris, Seli Arslan, 2012.

2. Christophe Geus, Benoît Gillain, Raymond Gueibe, « Quelques réflexions sur l'évolution des soins », *La Lettre du GEFERS*, n° 13, avril 2014.

requéraient. C'est ainsi qu'une logique « inversée » a vu le jour tant dans la manière de penser les soins que de les organiser.

En effet si, dans les unités de soins ordinaires, on considère encore fréquemment aujourd'hui qu'il appartient au patient de se conformer au rythme et à l'organisation des professionnels, dans les unités de soins palliatifs, la logique repose sur une autre approche selon laquelle on considère que les professionnels et leur organisation se doivent de s'adapter au rythme du patient. Ce changement de logique n'est pourtant pas ancré dans la conception même de l'hôpital qui prédomine à l'époque. Nous devons ici nous rappeler, comme le mentionne si justement Georges Canguilhem, que ce qui caractérise l'institution hospitalière depuis près de deux siècles, c'est :

l'hôpital (*comme*) espace d'analyse et de surveillance de maladies cataloguées, construit et gouverné pour fonctionner comme « machine à guérir » selon l'expression de Tenon<sup>1</sup>.

Observons que cette logique des soins palliatifs que nous qualifions d'« inversée », si elle fait suite aux revendications des personnes concernées, témoigne, également, de la volonté d'un certain nombre de professionnels de passer d'une pratique centrée sur les actes et les tâches que requiert le corps de la personne à une pratique fondée précisément sur la personne et pensée pour l'accueil et la prise en compte, du mieux possible, de sa situation, de ses aspirations. Cette évolution des pratiques a donc été repérée comme nécessaire, puis réfléchi et ensuite rendue possible par la volonté conjointe des décideurs et des professionnels.

Dès lors, cette logique et cette volonté fondées sur la personne ne pourraient-elles pas, progressivement, s'exprimer et se développer plus largement pour s'étendre à tout le système de soins et imprégner, ainsi, le quotidien ordinaire des pratiques professionnelles de chacun ? Cette question peut sembler surréaliste dans le contexte actuel souvent décrié pour son organisation et ses préoccupations centrées sur l'activité et qui semblent, en certains endroits, plus soucieuses de rentabilité et de traçabilité que de finalité soignante. Néanmoins, face à l'évolution des attentes et revendications de la population, aurons-nous, à terme, vraiment le choix ? Ne devons-nous pas, dès à présent, poser comme axe de réflexion pour le futur que l'exception que représente actuellement l'organisation des services de soins palliatifs devrait, demain, devenir la règle pour

---

1. Georges Canguilhem, *Écrits sur la médecine*, Paris, Le Seuil, 1989, p. 40.

l'ensemble du système de soins, toute proportion gardée eu égard aux affections traitées ?

### *Des soins palliatifs à l'humanisation*

Ce mouvement des soins palliatifs a contribué, vers 1975, à l'émergence d'un autre mouvement dont l'appellation est au fond assez étrange, celui de l'*humanisation de l'hôpital*. Il s'est agi, ni plus, ni moins, tant de s'engager dans des actions que d'en mettre en œuvre en vue d'humaniser l'hôpital, c'est-à-dire humaniser un lieu qui se présentait pourtant, historiquement et de manière assez consensuelle, comme une structure et une organisation dévolues à l'accueil des hommes et des femmes malades en vue de leur prodiguer les soins que requiert leur état.

Cette appellation, en tant que telle, est révélatrice tant d'un contexte que d'une prise de conscience : il fallait agir pour prendre en compte dorénavant l'humain dont la place, au-delà des discours entendus, n'était pas vraiment centrale ; il convenait, également, de faire preuve de considération pour son humanité dans l'organisation des structures et au cœur de pratiques professionnelles que, par ailleurs, on présentait l'une et l'autre, et avec conviction, comme lui étant dédiées.

Pour montrer l'étendue du chemin amorcé depuis lors par ce mouvement, rappelons-nous qu'à l'époque ce n'est souvent pas d'un malade dont on parlait mais de son affection, que ce n'était pas un patient que l'on opérait mais bien une fonction ou un organe. Nombre d'expressions répandues nous donnaient aussi à entendre une forme d'oubli de la personne dans la réflexion sur sa situation. Or, ces expressions peuvent encore s'entendre. À titre d'exemple, face à une situation clinique dépassée sur le plan des moyens thérapeutiques, l'expression « il n'y a plus rien à faire » n'est-elle pas révélatrice d'un état d'esprit et ne témoigne-t-elle pas, à souhait, qu'une telle forme de pensée et de pratique de la médecine et des soins ne s'adresse pas à l'homme mais bien au corps de l'homme car, s'il en était autrement, tant cette pensée que cette pratique considéreraient que *tant que l'humain est vivant, il y a quelque chose à faire pour prendre soin de ce qui vit chez ce vivant ?*

### *La dimension émotionnelle de la maladie*

Contrairement à une idée parfois avancée lors de certains échanges, la psychiatrie était également concernée par cette démarche d'humanisation

qui ne s'adressait donc pas seulement aux soins somatiques. C'est ainsi que, dans l'interview mentionnée plus haut, Raymond Gueibe précise :

Ce moment, que l'on peut situer dans les années 1980-1990, c'est, également, le moment où, en psychiatrie, on va, entre autres, réfléchir au pouvoir que nous exerçons sur le malade. Et ce sera la révision de la loi [en Belgique] concernant les soins sous contrainte. Nous avons pris conscience que priver quelqu'un de liberté, ce n'est pas du ressort du médecin, c'est du ressort de la justice. Et nous allons, là aussi, comprendre que nous ne pouvons prétendre à la possession de la personne.

Il ajoute :

Pour moi, cela a été un tournant important, au niveau, plus précisément, de la psychiatrie de liaison. En effet, accompagner quelqu'un qui a un cancer s'inscrit dans le lien entre une médecine physique et l'aspect émotionnel qui a été écarté par la médecine scientifique. J'ai ainsi vu une évolution marquée, celle d'une sensibilité beaucoup plus grande de nos confrères les médecins somaticiens mais aussi et surtout de nos collègues paramédicaux. La prise en compte plus intense et plus sincère de l'aspect émotionnel est un tournant qui est apparu dans les années 1990 également<sup>1</sup>.

Cette prise en compte de l'aspect émotionnel de la maladie qui, au fond, ne devrait pas être confiée à la psychiatrie ni même à la psychologie, mais qui devrait relever d'une approche plus simplement humaine des pratiques de soins, indique l'importance, toujours d'actualité, de faire évoluer les organisations et les réflexions en vue d'accueillir et de prendre en compte la singularité de la personne en tant que sujet dans la manière qu'elle a de vivre, avec ses proches, ce qu'il y a à vivre dans la situation qui est la sienne. Si les psychiatres et les psychologues, par la nature même des moyens d'analyse et d'intervention qui sont les leurs, peuvent y occuper une place importante tant auprès des patients que de leurs proches et des différents professionnels, il ne devrait pourtant pas s'agir d'un domaine qui leur est parfois presque exclusivement confié par les différents soignants.

### *La perspective de l'an 2000*

Ce mouvement d'humanisation des hôpitaux s'est développé dans un contexte assez frénétique qui occupait de plus en plus le devant de la

---

1. Christophe Geus, Benoît Gillain, Raymond Gueibe, « Quelques réflexions sur l'évolution des soins », art. cité.

scène, celui de la perspective de l'an 2000 et de tout ce qu'on imaginait qui allait évoluer, changer dans le monde à cette occasion, notamment grâce aux résultats escomptés sur la santé des populations dans ce futur pas très éloigné d'une médecine de plus en plus audacieuse et performante.

Cet horizon du passage au deuxième millénaire, avec tout ce que cela suscitait comme espoirs, projets, aspirations mais aussi... fantasmes, était porté par un enthousiasme à la fois justifié et sans doute un peu démesuré, fondé sur l'illusion que la médecine, si elle ne pouvait pas encore tout, devrait, à terme, être plus ou moins capable de tout ou... presque. Elle pourrait donc devenir capable, dans un avenir assez proche, d'éradiquer les maladies voire la souffrance... C'est ainsi qu'une publication révélatrice de cet état d'esprit de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) titrait *La santé pour tous en l'an 2000* et qu'à la même époque le président Richard Nixon aux États-Unis créait un fonds destiné à développer la recherche sur le cancer afin que celui-ci, d'une certaine façon, ne franchisse pas le cap de l'an 2000...

### *Le sida, une déconvenue féconde*

Avec une telle dynamique, un tel enthousiasme et de telles ambitions, l'entreprise d'humanisation aurait pu rapidement se retrouver reléguée à l'arrière-plan tant l'idée de toute-puissance conquérante de la médecine dans sa capacité de guérir les maladies et, dès lors, d'apporter du bonheur voire le bonheur aux gens était forte. C'est dans ce contexte-là qu'apparaît, au début des années 1980, une déconvenue sévère pour la médecine, celle de l'étrange et troublante épidémie de sida. Cette déconvenue était d'autant plus grande que ce qui avait permis historiquement d'asseoir la crédibilité et de montrer l'efficacité de la médecine suite à son accès au rang de science au XIX<sup>e</sup> siècle était, justement, la découverte dans l'entre-deux-guerres des sulfamidés et des antibiotiques permettant de lutter efficacement contre les infections.

Pour resituer le contexte, il faut se rappeler que l'épidémie de sida, à l'époque, nous confrontait aux mêmes interrogations, impuissances, représentations, peurs et rejets que la récente épidémie d'Ebola. À la différence notable, néanmoins, qu'Ebola s'est propagé loin de nos contrées occidentales alors que le sida nous touchait, directement, dans nos pays qualifiés de riches et développés. Rappelons-nous – ou prenons-en conscience – qu'à cette époque si proche de nous du début des années 1980,

des personnes atteintes du sida, ou « suspectes » de l'avoir contracté, ne pouvaient parfois pas accéder aux services des urgences des hôpitaux... Mon expérience personnelle – j'étais à l'époque directeur dans un centre hospitalier – me fait garder de manière vivace en mémoire l'organisation frénétique de l'accueil du tout premier patient atteint du sida dans notre structure et qui a nécessité la tenue, en urgence, d'une réunion du Comité de sécurité et d'hygiène de l'établissement... C'est dans ce même contexte que certains professionnels engagés ont été amenés à créer des structures de soins palliatifs spécifiquement dédiées à l'époque à l'accueil et à l'accompagnement de ces patients, telle, par exemple, *La Maison* à Gardanne, près de Marseille, et toujours en activité aujourd'hui.

Ces réactions qui nous interpellent aujourd'hui ne sont pas à condamner ni même à regretter. Elles témoignent d'un contexte, des peurs qui y régnaient, de l'impuissance que l'on y ressentait et de l'état d'esprit qui l'animaient. Qui aurait pu imaginer, par exemple à la lecture des écrits du romancier Hervé Guibert décédé en 1991, que la recherche aurait permis d'avoir recours aux types de traitements qui sont prescrits aujourd'hui avec la qualité de vie tout à fait ordinaire que, dans l'immense majorité des cas, ils permettent ?

Ce contexte a donc heureusement évolué, sans pour autant nous mettre à l'abri de la survenance de nouveaux faits, de nouvelles affections et des réactions incontrôlables qu'ils pourraient susciter.

### *Douleur, fin de vie, droit, bientraitance*

Dans la foulée de cette expérience du sida, troublante mais ô combien féconde et riche d'enseignements sur les réactions de la population en général et des professionnels en particulier, sur l'impact des groupes de pression et de leur lobbying intense, sur l'implication des associations de patients et leur vigilance face à la relation de soin et à l'organisation des soins, sur les réflexions innovantes en matière d'éducation thérapeutique, ou encore sur les capacités et résultats inespérés à l'époque de la recherche scientifique, d'autres prises de conscience ont vu le jour qui se révèlent déterminantes pour comprendre notre contexte actuel et son évolution.

Parmi ces évolutions, notons, en particulier, au milieu des années 1990, celle de la nécessité de prendre en compte efficacement la douleur. Signalons ensuite la loi sur les droits des patients en 2002 et tout ce qui a été mis en place formellement pour mieux accompagner la fin de vie,

certaines pays ayant même légiféré sur la possibilité de pratiquer l'euthanasie.

Plus proche de nous encore, vers 2007, nous assistons à l'émergence dans le système de soins d'un concept à nouveau un peu étrange et véhiculé par un néologisme toujours absent des dictionnaires, la « bienveillance ». Ce concept, déjà utilisé dans le secteur de la petite enfance, peut être, comme la démarche d'humanisation des hôpitaux au milieu des années 1970, qualifié d'*étrange* dans la mesure où il exhorte à « bien traiter » les personnes à qui les professionnels de la santé donnent, font des soins. Et à bien y réfléchir, cela n'est pas rien ! Car cela nous dit autre chose que la nécessité de ne pas infliger du mal à l'autre, de ne pas se montrer méchant envers lui, de ne pas le maltraiter tel un objet qui aurait provoqué notre irritation, notre colère voire notre mépris et sur lequel se focaliseraient notre rejet, notre impuissance, notre inconséquence, notre incompetence ou – pour le dire autrement et sans que cela ne puisse excuser quelque comportement que ce soit – notre souffrance d'être au contact de ces autres qui, précisément car ils sont malades ou dépendants, nous disent quelque chose de leur souffrance et de leur appel à notre attention et à notre bienveillance que nous ne pouvons pas ou ne réussissons plus à leur donner et qui, de ce fait, nous renvoient vers les limites tant de notre humanité que du métier que nous avons choisi d'exercer.

Malgré les critiques parfois un peu rapides dont est l'objet le choix du mot lui-même et malgré certaines approches qui semblent parfois réduire ce concept à des grilles et aux codifications qu'elles permettent, la « bienveillance » nous donne une indication pertinente pour mieux comprendre l'enjeu contemporain du système de soins et le défi auquel les organisations et les professionnels seront de plus en plus confrontés. C'est ainsi que le contexte de l'émergence de la bienveillance nous indique *qu'il ne suffit pas, plus précisément qu'il ne suffit plus aujourd'hui, de bien faire tout ce qu'il y a à faire pour que l'humain se sente bien traité*. Et le statut autant que la performance scientifique et technique des professionnels n'y pourront rien changer.

## Plus de soin dans les soins

Cette évolution conduit à constater que le défi contemporain du système de soins peut s'exprimer par la nécessité de *mettre plus de soin dans les soins*, c'est-à-dire plus d'attention particulière portée à la personne à qui

l'on donne, à qui l'on prodigue ou à qui l'on fait des soins. La distinction entre ces deux vocables – le soin et les soins – devient, aujourd'hui, plus familière et la confusion entre les expressions *faire des soins* et *prendre soin* semble, petit à petit, s'estomper.

Une prise de conscience s'est fait jour, même si elle reste encore confrontée, ici ou là, à quelques incompréhensions voire résistances. Prise de conscience qui renvoie, ni plus, ni moins, à ce dont il est fondamentalement question avec la notion contemporaine de bienveillance et qui nous aide à mieux comprendre qu'il ne suffit pas de bien faire les soins requis par une personne pour prendre soin d'elle, pour lui porter, à cette occasion, une attention particulière, pour chercher à accueillir et prendre en compte sa singularité, pour identifier ce qui est important pour elle, ce qui lui serait aidant, ce qui pourrait lui faire plaisir dans la situation qui est la sienne.

Précisons, néanmoins, que pour *mettre plus de soin dans les soins*, il ne s'agit pas d'envisager le « prendre soin » comme « du relationnel » ou comme « le relationnel », c'est-à-dire comme une relation qui « se ferait » en plus de ce que l'on a à faire, ou une relation d'aide qui « se rajouterait » aux actes, aux techniques, aux gestes de soins que l'on pose par ailleurs. Le prendre soin n'est pas « le » relationnel ; il ne saurait ni s'y diluer, ni s'y réduire car il procède, de manière beaucoup plus fondamentale et subtile, d'une intention, une intention qui inscrit la pratique, quelle que soit sa technicité, dans une *perspective*, une perspective *soignante* qui reflète une posture professionnelle et qui imprègne, tant individuellement que collectivement, la pratique des professionnels en vue d'une action porteuse de sens et respectueuse des personnes.

Il apparaît ainsi que le fondement du « prendre soin » ne réside pas dans la qualité d'une relation ou d'un « savoir-être », mais bien dans la considération que l'on a pour l'autre, la conception qui en découle de l'exercice de son métier, la capacité que l'on a de se sentir concerné par ce que l'autre a à vivre et le désir autant que la volonté qui nous animent d'essayer d'élaborer avec lui – ou de trouver pour lui – une pratique qui pourra être qualifiée de soignante car perçue comme aidante, bienfaitrice, respectueuse et porteuse de sens.

## La considération

Cette évolution qui conduit à œuvrer pour mettre plus de soin dans les soins nécessite d'identifier les axes qui structurent la réflexion et les

actions concrètes qui en découlent. Nous en retiendrons deux ici en tant que perspectives d'actions.

La première perspective d'action est contenue dans la considération que l'on a pour l'humain, c'est-à-dire l'estime que l'on porte à l'inaltérable humanité de l'autre, de tout autre, quelles que soient ses caractéristiques. La considération nous apparaît comme le pilier le plus fondamental, le plus porteur et fécond sur lequel se doit de reposer, dans lequel se doit de s'ancrer, la réflexion qui, elle-même, éclairera les actions concrètes de formation, d'organisation, de management, etc. Il ne s'agit pas, ici, de la considération que l'on porte à celui que l'on désigne comme étant « le malade », considération qui serait alors conditionnée par la maladie de la personne que l'on soigne, mais bien plus fondamentalement, et de manière bien plus exigeante, de celle que l'on a, que l'on tente d'avoir pour l'humain, pour tout humain, indépendamment du statut qui est le sien. C'est notre cohérence – certains diront notre authenticité – qui requiert, ainsi, de ne pas faire preuve d'une considération à géométrie variable selon le statut, la condition des personnes côtoyées.

La considération n'est pas une question de tout ou de rien qui serait acquise par l'éducation ou par la formation, même si l'une et l'autre peuvent grandement y contribuer. Elle n'est pas, non plus, assurée par nos déclarations ni même par quelques actions ou prises de position. Par sa nature même, elle nous met à l'épreuve, à l'épreuve de nos convictions parfois généreusement proclamées, à l'épreuve de nos rencontres, des situations, des sentiments divers qui surgissent et que l'on n'ose pas toujours exprimer, que l'on ne peut pas toujours contrôler, maîtriser, atténuer, réorienter. La considération ne va pas de soi et c'est la raison pour laquelle elle requiert un travail, elle résulte d'un travail.

Nous sommes tous faillibles dans la capacité de considérer l'humain qu'est l'autre, de prendre en compte son humanité, de le respecter, de se montrer subtilement et délicatement vigilants pour ne pas négliger voire mettre à mal sa dignité. Cette « faillibilité » n'est pas un problème qu'il faudrait chercher à éliminer. Elle se présente plutôt comme un atout dès lors que l'on en a la conscience. En effet, c'est la conscience que nous avons d'être chacun faillibles dans notre capacité de considérer l'humanité de l'autre qui nous protège de l'illusion d'être capables en toute circonstance – par exemple parce que nous sommes des professionnels – de respect, de bienveillance voire de bienveillance. Se croire ainsi capable en toute circonstance ou du moins sans effort de faire preuve de considéra-

tion, ce serait être habité de l'illusion de n'avoir pas de limites. Ce serait manquer d'humilité. Et le manque d'humilité, dont la forme la plus exacerbée se nomme arrogance, provoque de véritables dégâts dans les rapports humains, dégâts encore plus considérables et destructeurs dès lors que l'autre est fragile, dépendant de nous, vulnérable.

C'est la conscience que nous sommes chacun faillibles dans la capacité de considérer, de respecter l'autre qui ouvre la voie, qui donne l'accès à notre vigilance, tant individuelle que collective. Une vigilance qui permet de rester attentif, c'est-à-dire de rester en éveil, qui permet, dès lors, de nous interroger, humblement, sur la nature du regard porté sur l'autre et sur ce que nous estimons être capables de faire, lorsque ce regard nous apparaît trop réducteur voire destructeur d'humanité, pour modifier ce regard en vue d'essayer de le faire évoluer.

Ce sont la conscience de notre « faillabilité », l'humilité qui en découle et la vigilance qui peut ainsi s'exercer qui nous permettent de réduire l'écart entre ce que nous affichons, nous proclamons comme valeurs et ce que, dans le concret de nos rapports humains, nous sommes capables de mettre en œuvre, de véritablement pratiquer.

## L'éthique du quotidien

La seconde perspective d'action réside dans ce qui peut être mis en place dans les structures, au sein des services, afin d'y développer une *atmosphère éthique* ou atmosphère d'attention à la personne, de souci de l'autre. Et une telle atmosphère requiert encore en bien des endroits des efforts importants en termes de réflexion et d'actions.

En effet, peut-être a-t-on laissé un peu imprudemment germer l'idée que l'éthique en médecine et dans la pratique des soins ne s'exprimait essentiellement que par les questions de bioéthique, ou se limitait à la réflexion sur les situations cliniques inextricables. Interrogations bioéthiques et réflexions cliniques sont, bien évidemment, importantes sur le fond face à l'évolution technoscientifique, mais elles se révèlent, également, insuffisantes en regard de l'ordinaire de la pratique quotidienne des soins, et apparaissent parfois bien éloignées du concret de l'exercice du métier de chacun ainsi que de l'organisation au sein même des établissements et services de soins.

### *De la conscience à la vigilance*

Le quotidien, par la frénésie du faire qui trop souvent le caractérise voire le systématisme qui l'anime, conduit parfois les professionnels à manquer de vigilance, à sous-estimer l'impact de leurs manières d'être, de faire et de dire sur la personne soignée et sur la façon qu'elle a de se sentir considérée. Le risque de banalisation n'est pas loin. Et ce sans aucune intention malfaisante, juste un manque de conscience, une conscience somnolente qu'il convient parfois de réveiller et puis d'entretenir et d'affiner, notamment grâce à la pratique pertinente du management de proximité et à l'implication dans le concret des pratiques de ceux à qui l'on a confié une fonction d'autorité.

À titre d'exemple, il y a peu, un infirmier de chirurgie, à l'occasion d'un séminaire de formation, fit part de son étonnement en regard de ses propres pratiques et du changement qu'il décida d'y apporter. Jusqu'à présent, lorsqu'il se rendait dans la chambre d'un patient pour y prodiguer des soins, il disait : « Bonjour, *je viens faire* votre pansement ». Depuis peu, il avait pris conscience de l'intérêt – il disait la nécessité – de modifier son propos pour dire : « Bonjour, *est-ce que je peux faire* votre pansement ? » Cette modification presque imperceptible dans le choix des mots peut sembler anodine voire superflue dans un contexte marqué par l'exigence de l'efficacité. Pourtant, ne s'agit-il pas par là de faire preuve de prévenance, d'exprimer une délicatesse qui n'est pas que langagière, et de témoigner de la considération que l'on a pour celui que la maladie affaiblit, que la dépendance rend plus sensible aux manières d'être et de faire des différentes personnes qui se trouvent à son contact ?

En tant que patient, comment, à titre de nouvel exemple, se sentir considéré, pris en compte en tant que sujet, lorsqu'on découvre qu'un traitement a été changé sans y être associé, sans même, plus simplement, en avoir été informé ? Toujours dans le registre des exemples, que peut ressentir celui qui le matin voit arriver une infirmière en vue de procéder à une prise de sang alors qu'il ignorait qu'un tel examen allait être pratiqué ? Certains professionnels rétorquent parfois que ce n'est pas très important vu la situation clinique. D'autres considèrent que les patients sont là pour ça et qu'ils ont tendance à devenir de plus en plus exigeants. D'autres encore évoquent le manque de temps ou l'indisponibilité du médecin. D'autres, enfin, indiquent que les patients savent que les soins sont ainsi organisés et qu'ils ne s'en plaignent pas.

Le quotidien est ainsi truffé de pièges qui, malgré l'intention de bien faire, conduisent à négliger que l'autre est un autre, un autre qui, même malade ou dépendant, n'a pas pour fonction de se laisser faire, un autre qu'il convient de faire *exister*, c'est-à-dire de faire sortir de la routine et de la multitude, afin d'être regardé « tout simplement », tel un *humain*, quels que soient son état et la raison de sa présence.

### *Rien d'anodin*

C'est qu'il n'y a rien d'anodin pour celui dont le corps et parfois la vie sont soumis aux mains des professionnels de soins, à leurs savoirs, leurs techniques, leur raisonnement clinique, leur capacité de prendre ou non au sérieux ce qui est important pour celui qui souffre ou plus simplement pour celui qui s'inquiète de ce qui lui arrive ou de ce qu'il va devenir. Rien d'anodin dans la manière de se présenter, de se vêtir, de regarder, de parler, d'écouter, de toucher, de proposer, d'annoncer, etc. Et c'est parce qu'il n'y a rien d'anodin dès lors que les professionnels interviennent sur le corps et dans la vie d'un autre que des pratiques bonnes ne sauraient se réduire à l'application même rigoureuse des guides de bonnes pratiques. C'est parce qu'il n'y a rien d'anodin qu'une vigilance tant individuelle que collective est requise, une vigilance qui doit être pensée et entretenue, une vigilance qui requiert un effort, l'effort de ne pas réduire la personne aux actes qui nous semblent utiles, effort de ne pas sous-estimer que chacun vit comme il le peut ce qu'il a à vivre lorsque la maladie surgit ou la dépendance s'installe, effort encore de ne pas minimiser les inquiétudes discrètes voire les souffrances secrètes qui parfois agitent intérieurement et intensément une existence.

En tant que démarche qui se montre soucieuse des manières d'être, de faire et de dire des différents professionnels tout comme de la pertinence humaine de l'organisation et du management – pertinence qui ne saurait se confondre avec leur seule performance –, l'éthique du quotidien des soins s'intéresse ainsi de manière fine à la qualité des rapports humains, notamment la qualité de la relation au patient et à son entourage, mais aussi la qualité des rapports entre professionnels, à la manière de les considérer, de leur porter de l'intérêt.

Malgré l'importance qu'elle revêt pour la vie et l'atmosphère des structures, l'éthique du quotidien des soins ne semble pas, à l'heure actuelle, trouver un écho très important au sein des Comités locaux d'éthique qui, de ce fait, apparaissent régulièrement aux professionnels de

chevet comme une instance supplémentaire éloignée de ce qui se passe, de ce qui se vit, par les patients et les soignants, au cœur de la réalité de leur quotidien. Pourtant, au sein du système de soins, lorsqu'elle ne se résume pas à une démarche formelle voire intellectuelle, la préoccupation éthique ne saurait être cloisonnée, ni se montrer soucieuse des interrogations et demandes d'avis des uns, pour oublier les difficultés voire les contrariétés récurrentes des autres.

Avoir recours au vocable « éthique », très en vogue depuis quelques années, ne met pas à l'abri de quelques malentendus qui conduisent, parfois, à y faire référence tel un alibi qui, à lui seul, justifierait de la noblesse d'une intention. L'éthique requiert un effort et s'y référer sincèrement, c'est consentir cet effort pour qu'il imprègne l'ordinaire concret des pratiques du quotidien.

Mettre du soin dans les soins, mettre, aujourd'hui, plus de soin dans les soins procède d'une nécessité en regard de l'évolution des attentes de la population et des développements scientifiques et techniques des pratiques de soins. Une telle perspective est animée d'une intention autant que d'une prise de conscience, celles d'agir pour plus de considération pour l'humain et celles d'œuvrer pour davantage d'éthique dans le concret des pratiques du quotidien. Et cela ne va pas de soi, cela requiert un effort.

*Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique,  
est professeur invité à la Faculté de santé publique de l'Université  
catholique de Louvain (UCL), Belgique, et responsable pédagogique  
du GEFERS (Groupe francophone d'études et de formations en éthique  
de la relation de service et de soin), Paris-Bruxelles.  
Il est rédacteur en chef de la revue Perspective soignante.*