

## ➤ Quelques réflexions sur l'évolution de l'éthique des soins

**A** l'occasion du départ à la retraite de sa fonction hospitalière, *Raymond Gueibe, psychiatre de liaison et responsable de l'éthique clinique du GEFERS, a échangé quelques réflexions avec ses collègues du service de psychiatrie de la Clinique Saint-Pierre d'Ottignies-Louvain-la-Neuve (Belgique).*

Christophe Geus a mené l'entretien.

**Christophe Geus :** Je vais commencer par poser une question générale : comment au cours de toutes ces années, définirais-tu l'évolution des soins, en particulier en psychiatrie, en psychologie de la santé ?

**Raymond Gueibe :** 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 ».

Ce moment, que l'on peut situer dans les années 1980-90, 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 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. 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.

**CG :** Je comprends bien l'illustration que tu fais de l'évolution des soins. Tu les vois en terme de rupture mais est-ce que ce ne serait pas aussi l'aboutissement de l'évolution de l'individu en

Occident ? L'augmentation de l'espérance de vie, l'apparition de maladies chroniques avec un sujet prenant part à sa maladie ? Est-ce que l'éthique des soins, telle que tu la définis, serait de l'ordre de la rupture ou bien relève-t-elle de l'aboutissement de l'évolution de ces dernières années ?

**RG :** Si je parle de rupture, c'est qu'au niveau des valeurs émises par les soignants, cela a été un changement important. Pendant longtemps, les professionnels ont été convaincus que leur mission était de sauver des vies. Ils n'ont pas remarqué qu'ils glissaient parfois dans un entretien de la vie à tout prix, ce qu'est l'acharnement thérapeutique. Et puis, brutalement, apparaît l'idée que le médecin pourrait aussi agir pour calmer la souffrance à tout prix. C'est l'apparition des soins palliatifs et aussi, notamment en Belgique, la dépénalisation de l'euthanasie. Pour beaucoup de médecins, surtout au niveau des jeunes, ils ont cette impression d'une certaine continuité, et cela leur apparaît maintenant normal, je pense à la limitation de soins, au non acharnement thérapeutique. Pour les plus jeunes, cela semble aller de soi. Pour eux, c'est la continuité. Mais pour des médecins de ma génération, cela a été pour beaucoup une rupture, parfois même une incompréhension.

**CG :** Dans le même ordre d'idée, Benoît, comment est-ce que tu verrais justement les changements du rôle du psychiatre en fonction de l'évolution des soins

**Benoît Gillain :** Au-delà de ce que Raymond nous a partagé, j'ai l'impression d'une évolution récente, c'est l'accès à l'information. L'information n'est plus propriété des soignants, elle est publique. Les patients et les soignants la partagent que ce soit avec les médias actuels ou pas. Je vois notre job non plus dans un « blanc-noir » mais dans la gestion du gris et dans un processus où on doit accompagner les patients au niveau d'un savoir qu'il découvre sur eux-mêmes par rapport à la maladie et nous, avec eux, cogérer cette maladie. Comment dans ce processus et cette négociation avance-t-on et se donne-t-on des places respectives ? On est dans la particularité, le singulier. Et c'est peut-être un retour ou une réactualisation du colloque singulier. Il s'agit de co-construire ensemble avec les patients et leurs proches ; ces derniers ne sont plus seuls, leurs proches sont clairement présents, y compris sur le plan juridique et avec la personne de confiance, dans le cabinet avec nous.

**CG :** Pour ce colloque singulier, les soignants ne sont-ils pas un petit peu perdus à notre époque ?

**BG :** Je pense qu'on ne peut pas faire l'économie du colloque

### SOMMAIRE

➤ Quelques réflexions sur l'évolution de l'éthique des soins

➤ activités 2015

➤ Journées itinérantes francophones d'éthique des soins de santé

➤ Gefers association

➤ Revue Perspective soignante n°49



singulier. Mais, en même temps, c'est à partir de ce colloque qu'on doit voir quelle place on donne à l'ouverture, ce qui est assez facile avec la personne de confiance telle que définie par la loi ou avec la famille. Mais cela va beaucoup plus loin. Aujourd'hui, comme psychiatre, on ne s'occupe plus de psychiatrie uniquement dans nos espaces de soins. Les déterminants de santé ne se limitent d'ailleurs pas au curatif qui ne représente que 20 à 30 % de ce qui compte. Si on veut soigner des patients, il faut s'occuper des 70 autres pourcents. Ce qui veut dire qu'on doit aller dans le milieu du travail, dans la société et, à ce moment-là, que fait-on du secret, de l'échange entre le patient et le médecin. On a un défi majeur à être présent hors du colloque singulier pour être dans le soin avec nos patients.

**CG :** Dans ce travail de négociation à plusieurs, que fait-on de la responsabilité, de l'impuissance, du silence ? Que fait-on de notre impuissance à plusieurs ?

**RG :** Peut-être que le soignant, de manière générale, va changer sa position dans la relation. Il ne va plus apparaître comme celui qui prend les décisions et qui les impose. Il va davantage apparaître comme celui qui met son savoir au service du patient et de sa famille dans cette dimension de négociation que tu soulignes d'ailleurs très justement. On va ainsi essayer de dégager, non plus ce qui serait préalable que le médecin veut imposer, mais la formule originale qui va apparaître au cours de cette négociation. Et je dirais que c'est un petit peu comme si on remplissait un contrat à la fin d'une négociation. On va demander au soignant, au soigné et à la famille de veiller à respecter ce qui a été décidé. Même s'il apparaît que ce contrat peut être revu régulièrement.

**BG :** Dans le même ordre d'idée, une étude récente autour du traitement de la dépression où on interroge à l'insu respectif mais avec leur accord les soignants et les patients, a mis en évidence que l'évolution positive du patient ne dépend pas de la gravité de la dépression, ne dépend pas du choix de l'antidépresseur mais de l'accord entre le soignant et le soigné.

**CG :** Si je comprends bien, il y a une évolution du soin vers un projet de l'ordre de la négociation, de l'ordre de l'émergence ; aussi, de l'ordre de l'imprévisibilité, en tout cas de l'acceptation de l'imprévisibilité dans le soin. Y a-t-il encore une place pour la solitude du soignant et est-ce que cette solitude n'est parfois pas nécessaire en terme de responsabilité ?

**RG :** Le soignant est seul et je pense sera toujours seul devant les destins qui se jouent devant lui et où il doit reconnaître que, finalement, il a peut-être peu de place. Cette acceptation de sa solitude lui permettra, peut-être, d'avoir la possibilité enfin d'exprimer librement ses propres limites et de demander aussi au malade de le reconnaître, lui, dans ses limites. Tant que le médecin prend une position de toute-puissance et de certitude, il ne peut pas montrer sa fragilité.

**CG :** Par cette réflexion, tu peux dire que le médecin a toute sa place dans la négociation. On a parfois l'impression d'une asymétrie où le pouvoir de la négociation est surtout du côté du malade en terme de droit, en terme de « il faut faire ». Ici, c'est redire que le médecin, dans sa solitude, peut aussi exprimer quelque chose de ses limites.

**BG :** Mais cela n'empêche la nécessité de garder l'engagement. Le danger serait de partir d'une définition de la relation qui serait basée sur le modèle juridique « blanc-noir », « décision-indécision » et où la particularité de la maladie sur la perception de la personne, sur sa pensée, sur sa liberté, ne serait pas prise en compte. De ce fait, on ne peut faire l'économie d'un engagement pour l'autre, au moins pendant un certain temps, pour lui rendre la possibilité de rechoisir avec plus ou moins de liberté quand il l'a retrouvée.

**CG :** En travaillant avec vous deux, je trouve que ce qui rejoint très fort vos deux pratiques, c'est la créativité. C'est aussi le fait de vouloir travailler sans avoir peur et ainsi de rester libre de sa créativité. Et ceci me semble poser la question de la finalité du soin.

**RG :** La finalité du soin, pour moi, c'est quelque chose qui est la base même de la vie en société, c'est la solidarité, c'est la reconnaissance de nos fragilités propres et la solidarité que nous devons y mettre pour essayer de vivre malgré cette fragilité. C'est simplement quelque chose qui fait notre humanité, c'est tout.

**BG :** Pour moi, l'idée ce serait de pouvoir ne plus être dans le modèle de la fragilité avec le danger de la cassure mais dans un modèle de vulnérabilité avec la possibilité d'une adaptation les uns aux autres, à la fois dans le lien mais aussi dans l'adaptation du monde à l'homme. Je pense que l'homme a créé un monde dans lequel il risque d'être mené par ce qu'il a créé et qui lui échappe. Comment va-t-il pouvoir trouver la possibilité de reprendre un petit peu la main sur ce monde afin de permettre à l'homme, avec ses vulnérabilités, de trouver une place ?

**CG :** Si je vous entends bien, il faut être relativement fort pour être vulnérable. Mais que peut-on transmettre à nos collègues, à nos plus jeunes soignants, pour les aider à ne pas s'épuiser dans ce monde ? Quels conseils pourrait-on donner afin d'aider, d'éclairer les soignants ?

**BG :** C'est hypersimple comme réponse et très difficile à obtenir. C'est ne pas être seul. On parlait de la nécessité de la solitude et c'est inaltérable, il y a des moments où la décision qu'on prend c'est soi et personne d'autre et donc j'ai parfois peur d'un discours où l'équipe décide parce que l'équipe n'existe pas et une équipe ne prend pas de décision. En revanche, trouver des moyens de ne pas être seul en soi avec d'autres permet de faire face.

**RG :** S'il me fallait donner un conseil aux soignants, j'insiste sur le fait qu'un soignant doit tout d'abord être éminemment compétent d'un point de vue techno-scientifique et, de ce fait, la formation est importante ; et ensuite introduire entre la compétence et soi, une vertu que j'aime beaucoup qui est l'humilité, le doute, et introduire l'incertitude à propos du savoir que nous avons. Je pense que c'est la seule façon d'introduire ce qui est en fait l'éthique, la réflexion éthique qui deviendrait alors une pratique. L'éthique va s'intégrer dans la pratique et cela permettra peut-être à la personne de continuer son chemin sans aller vers l'épuisement et peut-être le désespoir.

**Christophe Geus**

**Benoît Gillain**

**Raymond Gueibe**



## ➤ Activités 2015

### Nos formations INTRA

Nos formations INTRA se déroulent dans votre établissement ou dans votre région lors de regroupements d'établissements.

Elles concernent principalement les questions de l'éthique du quotidien des soins, l'accompagnement des comités locaux d'éthique, la pédagogie, le tutorat, le management.

Vous retrouverez notre offre complète par types d'activités sur notre site internet : [www.gefers.fr](http://www.gefers.fr)

### Nos formations INTER à Paris CALENDRIER 2015

#### Éthique et pédagogie

- Formateur : Michel Dupuis
- Lieu : Paris
- Dates : 29, 30 juin  
et 28, 29 septembre 2015

#### Tutorat, accompagnement des stagiaires et enseignement clinique

- Formateur : Walter Hesbeen
- Lieu : Paris
- Dates : 1<sup>er</sup>, 2 octobre 2015

#### La relation au corps dans la formation initiale des soignants

- Formateur : Cédric Juliens
- Lieu : Paris
- Dates : 21, 22 septembre 2015

#### Éthique de l'organisation et du management

- Formateur : Michel Dupuis
- Lieu : Paris
- Dates : 26, 27 janvier et 2, 3 mars 2015

#### Éthique clinique en rééducation réadaptation

- Formateur : Raymond Gueibe
- Lieu : Paris
- Dates : 17, 18 septembre 2015

#### Aspects pratiques :

Pour chaque formation, une convention de formation professionnelle est établie avec l'établissement. Les inscriptions se font en ligne sur le site du GEFERS : [www.gefers.fr](http://www.gefers.fr)



en partenariat avec

## ➤ Journées itinérantes francophones d'éthique des soins de santé

**Les enjeux éthiques des formations  
aux métiers de la santé**  
*De la posture de l'enseignant et du tuteur  
à l'accompagnement de l'étudiant*  
**Sables d'Olonne, les 21 et 22 mai 2015**



**Viellissement, éthique et société**  
*Du souci de la dignité de la personne âgée  
à la pratique quotidienne des soins*  
**Limoges, les 15 et 16 octobre 2015**



## ➤ Gefers Association

L'association poursuit le but de favoriser et de promouvoir la relation à l'humain et son questionnement éthique dans les pratiques de service et de soin.

Elle vise à questionner les manières d'être, de faire et de dire des personnes ainsi que les dynamiques organisationnelles en vue d'analyser et d'évaluer leurs impacts sur la relation de service et de soin.

### L'association vous permet :

- De bénéficier d'un abonnement à la revue *Perspective soignante* et de tarifs préférentiels sur certaines de nos activités
- De participer à des échanges et des rencontres entre adhérents lors de réunions et de séminaires de réflexion
- De recevoir *La Lettre du GEFERS*
- D'accéder à la veille documentaire relative au but de l'association

Adhésions sur :  
**www.gefers.fr**



contacter l'association :



**association@gefers.fr**

## ➤ Revue *Perspective soignante* - sommaire n°49

Est-il nécessaire d'être courageux pour signaler une situation de maltraitance ?

*Patrick Sureau*

(Se) Rendre compte de sa pratique en formation initiale . . .

*Cécile Bartholome*

Faire preuve d'humanité dans les soins infirmiers et savoir se blinder de manière ponctuelle

*Brigitte Bonhôte*

L'endroit à partir duquel quelqu'un m'appelle. Dialogue avec une infirmière spécialisée en soins palliatifs

*Yasuhiko Murakami*

L'aide-soignant(e) face à la fin de vie

*Marie-Agnès Costa Clermont*

Récit d'une aide-soignante

*Bernadette Tricoire et Nicole Croyère*

Une autonomie introuvable. L'institutionnalisation des personnes âgées démentes

*Claire Brandy*

Quand l'affect s'en mêle

*Sara Désert, Christophe Eberhardt,*

*Yannick Huss et al.*

Prise en charge de patients dits « indésirables »

*Marine Evrats, Zoé Evrard, Chloé Geerts et al.*

➤ Pour vous abonner à la Revue *Perspective soignante* ou acquérir les ouvrages édités par Seli Arslan, vous pouvez vous adresser à :

**Editions Seli Arslan** | 14, rue du Repos | 75020 Paris |  
Tél. +33 (0)1 43 70 18 71 | Fax +33 (0)1 43 70 25 35 |  
[arslan.seli@wanadoo.fr](mailto:arslan.seli@wanadoo.fr)



**UCL**  
Université  
catholique  
de Louvain



SANTÉ-TRAVAIL-SERVICE

« Agir pour la santé et le bien-être au travail »