



CHARTRE ETHIQUE

Objet : Charte éthique

Emetteur(s) Antoine PARRAD

Destinataire(s) Bureau Filseine

Copie(s)

Préambule :

La fondation FILSEINE a souhaité formaliser sa démarche éthique. Cette démarche intègre la rédaction d'une charte, commune à l'ensemble de ses établissements, qui se veut être une aide à la réflexion sur les fondements des pratiques professionnelles du personnel.

La formalisation d'une démarche éthique au sein d'un établissement médico-social présuppose de resituer tout d'abord l'identité de l'établissement, ce qui fait sa singularité.

En effet, Filseine est une fondation à but non lucratif qui gère des établissements médico-sociaux et ces dimensions non lucratives et d'accompagnement à la fois médical et social devront être pris en compte dans la façon dont l'éthique est pensée et appliquée au sein de la fondation et on pense ici notamment à l'éthique du care et à la philosophie de soins dite de « l'humanité » de Gineste-Marescotti.

La fondation, riche de son siècle d'existence, est confrontée de longue date à ces multiples dilemmes, ou tensions éthiques, où différents principes se croisent et parfois s'opposent pour les professionnels en charge d'un résident.

L'enjeu de cette démarche sera donc de proposer une méthodologie simple et opérationnelle pour permettre à l'ensemble des acteurs et des parties prenantes d'appréhender chaque situation et ses tensions au travers une grille de principes et de valeurs propres à la fondation afin, in fine, d'émettre un avis pour éclairer une décision.

I. L'approche de l'éthique à la fondation Filseine

A. L'ADN de la fondation

Filseine est une des seules Fondations reconnues d'Utilité Publique depuis 1924, à œuvrer sans but lucratif dans le secteur social et médico-social.

Comme le mentionne son site Internet, Filseine développe des projets dans les établissements dont les salariés, les bénévoles, les administrateurs sont les créateurs et pilotes et elle a la volonté de porter de nouvelles initiatives à l'échelle du territoire régional.

L'identité et la culture de la fondation sont structurées autour du triptyque stratégique que constituent la vision, l'ambition et les valeurs, rappelées ci-dessous :

La vision :

La fondation Filseine œuvre pour un monde solidaire, intergénérationnel et désenclavé, où chaque personne a le choix d'une vie active et digne, en particulier les personnes vulnérables par l'âge ou le handicap, les proches aidants et le personnel soignant.

L'ambition :

Elle est d'assurer à chaque personne âgée ou handicapée d'avoir des solutions à sa portée, pour rompre son isolement et vivre pleinement et activement en territoire normand, avec l'aide adaptée de ses proches aidants, des soignants et des accompagnants.

Les valeurs :

La dignité : Nos équipes considèrent chaque personne comme un individu à part entière, qui mérite de vivre dans le respect de sa personnalité, de sa parole et de ses choix.

Emprunté du latin dignitas, -atis, la dignité est « mérite, estime, considération, charge, dignité publique, honorabilité ».

La dignité est définie de la façon suivante par Emmanuel Kant : *Le fait que la personne ne doit jamais être traitée seulement comme un moyen, mais toujours aussi comme une fin en soi (Fondation de la métaphysique des mœurs).*

Selon Paul Ricœur, la dignité est indissociable de l'être humain lui-même.

On retrouve la dignité dans les grands textes fondateurs que sont le préambule de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, le préambule de la charte des Nations Unies, la convention européenne des droits de l'homme, la charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne.

L'altruisme : Notre fondation sans but lucratif, et reconnue d'utilité publique par l'Etat, œuvre de façon désintéressée au bien-être des personnes vulnérables.

Du latin alter, signifiant autre l'altruisme se définit comme une valeur, une disposition à s'intéresser et à se dévouer à autrui.

Auguste Comte dans son ouvrage Catéchisme positiviste (1852) désigne par altruisme une attitude d'attachement, de bonté, voire de vénération envers autrui, qui résulte d'un sentiment d'amour instinctif ou réfléchi pour l'autre.

Le progrès : Au quotidien, et sur le long terme, nous cultivons l'esprit d'initiative et les dynamiques d'innovations dans l'accueil et le soin aux personnes vulnérables.

Le mot est issu du latin progressus (de pro : "en avant" et gressus : "marche", "démarche") dont la traduction littérale est "marche en avant".

Nombre d'écrivains et de philosophes ont débattu de cette notion. Retenons que c'est François Rabelais qui, le premier, l'a introduit dans la langue française (le Tiers livre 1546). Pour beaucoup de penseurs, du judaïsme à Kant et Hegel en passant par Montaigne, le progrès sera souvent perçu sous un angle moral par sa capacité à transformer le mal en bien.

La proximité : Nous cultivons les liens et fédérons les énergies avec les acteurs médico-sociaux en Normandie, le long de l'axe Seine.

Le mot proximité n'apparaît qu'en 1479. Du latin proximitas, de proximus au sens de "ressemblance, affinité, parenté", sens qu'il a eu du XV^{ème} au XVI^{ème} siècle comme le mot latin, il était alors utilisé dans le vocable juridique où il soulignait la parenté lors des actes de succession.

A partir du XVI^{ème} siècle, il se « démocratise » et qualifie également la position d'objets dans l'espace. Plus récemment, il caractérise d'autant des événements dans le temps.

A la proximité sont donc rattachés étymologiquement trois domaines d'expression : le Droit, l'Espace, et le Temps. On distinguera la notion de distance, mesure quantitative objective, de sa perception dont la proximité est finalement une mesure qualitative (Gaël Le Boulch, Approche systémique de la proximité : définitions et discussion).

B. Définition de l'éthique

▪ Plusieurs théories de l'éthique

Comme nous le rappelle l'ANESM dans son ouvrage « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux », il n'y a pas une mais de nombreuses théories de l'éthique. Citons ainsi :

- ✚ La théorie de la justice (J. Rawls)
- ✚ L'éthique de la vertu (Aristote, P. Ricœur, E. Kant)
- ✚ L'éthique de conviction, éthique de responsabilité (E. Levinas, M. Weber, H. Jonas)
- ✚ L'utilitarisme et le conséquentialisme (J.S. Mill)
- ✚ L'éthique de la discussion (K.-O. Apel, J. Habermas)
- ✚ Le principisme (Beauchamp et Childress)
- ✚ L'éthique de la sollicitude ou éthique du care (C. Gilligan, A.-C. Baier)

▪ Droit, déontologie, morale et éthique

Relevons ce que l'éthique n'est pas mais avec quoi elle interagit. L'éthique n'est ni le droit, ni la déontologie, ni la morale mais elle se situe en interaction avec toutes ces notions.

L'ANESM, dans sa publication *Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médicaux-sociaux (2010)*, distingue les différences et souligne les liens entre les notions ci-dessous :

La morale désigne à la fois les normes propres à une société et les principes normatifs de la volonté, qui se veulent universels et inconditionnels, même s'ils se concrétisent dans une culture déterminée. (Russ J., 1994 ; Habermas J. 1992 ; Comte Sponville A., 1994).

Le droit, est l'ensemble des dispositions interprétatives ou directives qui à un moment et dans un Etat déterminés, règlent le statut des personnes et des biens, ainsi que les rapports que les personnes publiques ou privées entretiennent (Dictionnaire juridique Serge Braudo).

La déontologie est un ensemble de règles propres à une profession, destiné à en organiser la pratique selon des normes, pour le bien de ses usagers et de la profession elle-même.

En conséquence de ces premières réflexions, nous proposerons la définition suivante de l'éthique :

▪ **Définition :**

L'éthique est une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées.¹

II. La boussole éthique de la fondation

La fondation Filseine, on l'a rappelé en préambule, présente une spécificité importante : elle gère des établissements médicaux et sociaux. Dès lors, il a semblé important de prendre en compte ces deux

¹ Définition de J.-J. NILLÈS, prenant en compte des travaux de A. BADIOU et de P. RICOEUR, cabinet Socrates, Anesm, « Analyse documentaire relative au développement d'une démarche éthique dans les ESSMS » www.anesm.sante.gouv.fr.

dimensions : l'accompagnement social, la prise en charge au sens large et le traitement médical, le care et le cure comme disent les anglo-saxons, dans la méthodologie retenue en matière de décision éthique. Il a donc semblé plus complet de tenter d'intégrer ces deux approches tout en partant des valeurs de la fondation pour proposer une boussole apte à donner le cap dans les situations complexes.

A. Une éthique biomédicale : le principisme

De la distinction fondamentale opérée par Weber entre l'éthique de conviction et l'éthique de responsabilité, émergera notamment le rapport Belmont (1974) puis la théorie du principisme de Beauchamp et Childress (Les principes de l'éthique biomédicale, Les belles lettres 2007), souvent utilisée comme cadre décisionnel en matière d'éthique médicale.

Comme l'explique Eric Delassus (Analyse critique du principisme en éthique biomédicale), « Le principisme est une théorie morale s'inspirant à la fois de l'utilitarisme et du kantisme, c'est-à-dire d'une morale plutôt conséquentialiste – l'utilitarisme – et d'une morale déontologique fondée sur l'intention – le kantisme.

Cette synthèse apparemment paradoxale entre une éthique qui considère que la valeur morale de l'action se juge à ses conséquences et une morale qui juge l'action à ses intentions, c'est-à-dire au respect d'un devoir ou d'une obligation fondée en raison, a donné lieu à une doctrine à laquelle il est souvent fait référence aujourd'hui en éthique médicale. »

Cette théorie est constituée de quatre grands principes :

- Autonomie ;
- Non-malfaisance ;
- Bienfaisance ;
- Justice.

Le principe d'autonomie :

« Ce principe s'inspire en grande partie de l'impératif catégorique kantien qui nous oblige à toujours traiter l'humanité, en sa personne, comme en celle d'autrui, jamais simplement comme un moyen, mais toujours également comme une fin. Il s'agit donc de reconnaître en chacun un sujet libre capable de juger et de se déterminer par lui-même. C'est d'ailleurs le sens littéral du mot autonomie dont l'étymologie vient du grec, de *auto* (soi-même) et *nomos* (la loi), l'autonomie désigne la capacité dont dispose un individu d'agir selon des lois qu'il se donne à lui-même. Le respect de l'autonomie du patient réside donc dans le devoir de se conformer au libre choix du patient en s'assurant de son consentement éclairé. Cela suppose donc que ce dernier soit informé afin qu'il dispose de tous les éléments nécessaires pour se déterminer en connaissance de cause sans subir de pressions extérieures. »

Pour l'EREN, « ce principe découle philosophiquement de la période de la philosophie dite moderne du 17^e siècle et qui préfigure la philosophie des lumières au 18^e. A travers ses énoncés dans son ouvrage sur le Discours de la méthode, Descartes affirme la souveraineté de l'esprit sur le corps. C'est la condition de la liberté. Cette condition, permettant à toute personne de juger ce qui est juste ou bon pour elle, repose sur l'acte de l'esprit. L'autonomie du sujet se conçoit alors comme la liberté individuelle d'avoir des préférences singulières à travers une délibération interne reposant sur une capacité d'analyse. Ceci se traduit au sens de Jean-Jacques Rousseau, par un contrat social, où les individus acquièrent des droits dans le cadre de la loi commune, ces droits permettant la liberté de penser, la liberté de croyance et la liberté de choix de sa destinée. Dans le domaine du soin, l'application d'un tel espace de liberté du patient a pu être ignorée. Très longtemps des décisions médicales ont été mises en œuvre sans l'aval du patient, voire même sans son information. Cette attitude a été qualifiée de paternaliste et depuis les années 1970, on assiste à une légitime demande visant à associer les patients aux choix qui les concernent... »

Le principe de non-malfaisance :

L'EREN nous rappelle ceci : « Dans sa conception hippocratique, la relation soignants-soignés se fonde sur la morale aristotélicienne et sur le « primum non nocere », (ne pas nuire).

Historiquement, l'action médicale ayant pour finalité de faire du bien, en s'abstenant de nuire, elle se réfère au principe de bienfaisance ; il s'agit d'un principe moral selon lequel on fait ce qui est avantageux pour un patient. Ceci suppose que l'action médicale se veut forcément bonne par nature. Ceci suppose aussi qu'un acte médical soit validé médicalement (on dirait aujourd'hui scientifiquement) et qu'il ait fait ses preuves au sens positif du terme.

Pour Eric Delassus (ibid.), « ce principe impose tout d'abord à tout médecin ou soignant de ne pas utiliser ses compétences dans le but de porter un quelconque préjudice à qui que ce soit et plus particulièrement à ses patients. En ce sens, il est certainement plus fondamental que le principe de bienveillance dans la mesure où il est moralement plus choquant et plus inhumain de causer un tort et une souffrance à autrui que de ne pas avoir le souci de son bien.

Ce principe repose donc sur l'idée qu'il est pire de nuire à autrui que de ne pas agir pour lui venir en aide. Son importance est d'ailleurs confirmée par la place fondamentale qu'il occupe dans le code de Nuremberg qui définit un ensemble de règles internationales en réponse aux expériences effectuées par les nazis sur des êtres humains.

Il ne concerne pas seulement de telles extrémités. Il garantit également contre toute tentation du médecin, ou du soignant en général, de céder aux pressions de l'entourage du malade, voire du malade lui-même, qui serait prêt à accepter de prendre le risque de mettre sa vie en danger afin de parvenir à une guérison plus rapide.

Il consiste donc dans une prise en compte rationnelle des risques et des bénéfices d'un acte afin que l'on n'impose pas à un malade un traitement ou une intervention pouvant entraîner des risques disproportionnés par rapport aux avantages attendus.

Le principe de bienfaisance

Ce principe d'inspiration utilitariste repose sur la nécessité de contribuer au bonheur de tous. Il peut être interprété sous un jour à la fois déontologique et conséquentialiste. Il relève, en effet, d'un devoir moral envers autrui, mais il ne peut se réduire à simple intention indépendante des conséquences qu'entraîne son application. Cette double origine est soulignée par Beauchamp et Childress qui distingue la bienfaisance qui relève plutôt d'une obligation morale et l'utilité qui relève des conséquences du respect de cette obligation :

La bienfaisance positive requiert que la personne apporte des bienfaits. L'utilité requiert que la personne pèse les avantages et les inconvénients de son action pour parvenir, dans l'ensemble, aux meilleurs résultats possibles.

Ils ajoutent ensuite :

Le principe de bienfaisance se réfère à l'obligation morale d'agir pour le bien d'autrui. Puis : L'utilitarisme est par exemple systématiquement construit à partir du principe de bienfaisance. La difficulté, relativement à cette double origine, est de définir en quoi consiste la bienfaisance. Être bienfaisant, ne peut se réduire à la seule manifestation de l'empathie. La bienfaisance relève d'une certaine sollicitude fondée en raison qui doit s'intégrer dans un contexte social dans lequel chacun est redevable envers autrui des bienfaits qui lui sont dispensés. Ce sentiment s'enracine sur la nécessité d'améliorer le sort du malade et de diminuer sa souffrance, autant qu'il est possible, dans le respect des principes d'autonomie et de non-malfaisance. Il s'agit de placer l'intérêt de la personne au centre de tout acte médical.

Le principe de justice

La nécessité d'appliquer ce principe est principalement due au fait que dans de nombreux pays l'accès aux soins ne fait pas toujours l'objet d'une répartition égale et qu'il est donc indispensable de définir les

critères en fonction desquels il faut agir pour corriger des disparités qui semblent inacceptable tant du point de vue du droit que d'un point de vue éthique.

Si l'on se réfère aux réflexions conduites par Aristote, entre autres, dans le Livre V d'Éthique à Nicomaque, la justice ne peut se réduire à une égalité purement arithmétique, mais doit aussi fonctionner selon une égalité proportionnelle. C'est ainsi que va s'établir la distinction entre justice commutative qui consiste à attribuer la même chose à chacun – égalité arithmétique – et la justice distributive, qui consiste à définir ce qui revient aux uns ou aux autres en fonction de leurs mérites ou de leurs besoins – égalité proportionnelle.

On peut néanmoins considérer que cette distinction reste formelle et qu'il est parfois difficile de déterminer un critère de proportionnalité satisfaisant afin d'attribuer justement à chacun ce qui lui est dû. C'est pour cette raison que Beauchamp et Childress considèrent qu'il faut compléter cette conception de la justice par des principes matériels dont le premier se fonde sur la nécessité de répondre aux besoins fondamentaux des personnes :

Les principes spécifiant les caractéristiques pertinentes d'un traitement égal sont appelés principes matériels car ils identifient les propriétés substantielles de la répartition. Un de ces principes est celui du besoin, selon lequel la répartition des ressources sociales fondées sur le besoin est juste (...). De toute évidence nos obligations se limitent aux besoins fondamentaux.

Dire que quelqu'un a un besoin fondamental revient à dire qu'il subira un tort ou sera négativement affecté, de façon fondamentale, si ce besoin n'est pas satisfait. Une personne sera négativement affectée à cause, par exemple, de la malnutrition, d'un dommage corporel ou de la non révélation d'une information importante.

B. Une éthique de l'accueil et de l'accompagnement :

Les théories ou philosophies dites « du care » trouvent leur origine dans une étude publiée par Carol Gilligan en 1982 aux Etats-Unis² qui a mis en évidence l'existence d'« une voix morale différente », c'est-à-dire une façon différente de résoudre les dilemmes moraux, basée non pas sur les critères de la loi et de l'impartialité comme c'est le cas pour l'éthique de la justice, mais sur des critères relationnels et contextuels.³

Le care ne peut être réduit à l'éthique de la sollicitude « affectueuse inquiétude pour autrui ». ...qui ne prend en compte de façon exclusive que l'aspect affectif alors qu'en même temps, « la sollicitude surgit de la relation, chaque fois singulière ».

En nous invitant à parler sur la relation, le care nous apprend à prendre soin. Reste que « la sollicitude, de son côté, renvoie à une attitude morale compassionnelle, sans référence au travail qui lui donne une véritable efficacité ».

De façon générale au-delà de l'évocation de notions variées, on retrouve « deux dimensions » indispensables : tendre vers quelque chose d'autre que soi ; entreprendre une action concrète visant à la prise en charge de cet « autre »⁴.

- a) une disposition individuelle, perceptive (faire attention, se soucier de...) qui serait l'association d'une mobilisation cognitive et d'une disposition d'être là vis-à-vis d'autrui, « être dans un état subjectif de se sentir concerné par quelque chose ». Ce sont donc à la fois des attitudes, comme des dispositions morales (care about, for). C'est un état ;
- b) une idée d'activité, voire de travail, orientée vers les besoins humains nécessaires à la vie d'autrui (s'occuper de, prendre soin, aide et accompagnement d'autrui) « apporter une réponse concrète aux besoins des autres ». On parle alors d'activité et de travail de care (take care) « collectif »

² L'éthique du care Une nouvelle façon de prendre soin, Agata Zielinski

³ Noël-Hureau E. Le care : un concept professionnel aux limites humaines ? Rech Soins Infirm. 2015 Sep;(122):7-17

⁴ Ibid

L'éthique du care est une approche globale intégrant une multitude de facteurs à prendre en compte. Toutefois, dans un souci de complétude et de cohérence, il a semblé raisonnable de se restreindre à l'examen des meilleures pratiques des professionnels de l'accueil et d'en retenir quatre grands principes qui viendraient matérialiser cet enjeu essentiel pour les établissements médicaux-sociaux.

Les quatre valeurs proposées au travers l'examen de chartes éthiques dans le domaine de l'accueil et de l'hôtellerie sont les suivantes : ⁵

Le respect

Il provient du latin *respectus*, signifiant « égard, considération » et dérivé de *respicere* signifiant « regarder en arrière, derrière soi »).

Loin du sens que pouvait lui donner Diderot et d'Alembert qui voyaient dans le respect deux sortes de respect « celui qu'on doit au mérite, et celui qu'on rend aux places, à la naissance », ou encore comme Pascal qui distinguait les « respects naturels » et les « respects d'établissement », E. Kant dit ceci : « le respect s'applique toujours uniquement aux personnes, jamais aux choses » ou encore : « Devant un homme de condition inférieure, roturière et commune, en qui je perçois une droiture de caractère portée à un degré que je ne me reconnais pas à moi-même, mon esprit s'incline, que je le veuille ou non, et si haut que j'élève la tête pour ne pas lui laisser oublier ma supériorité ».

L'innovation

Le terme innovation vient du mot latin *innovare* qui signifie « revenir à, renouveler ». *Innovare* quant à lui est composé du verbe *novare* de racine *novus*, qui veut dire « changer », « nouveau », et du préfixe *in-*, qui indique un mouvement vers l'intérieur

L'innovation se fonde sur le désir de faire toujours mieux. C'est une forme d'exploitation réussie de nouvelles idées. Henri Bergson postule que l'impulsion qui pousse l'homme à innover se nourrit de la nature humaine, c'est-à-dire la caractéristique d'être toujours insatisfait. Cet « élan vital », au sens de Bergson (voir L'Évolution créatrice), est alors à la base du désir d'innover, inhérent à l'esprit entrepreneurial, tel que Joseph Schumpeter le définit.

La confiance

Dans l'étymologie latine, le verbe confier (du latin *confidere* : *cum*, « avec » et *fidere* « fier ») signifie qu'on remet quelque chose de précieux à quelqu'un, en se fiant à lui et en s'abandonnant ainsi à sa bienveillance et à sa bonne foi. Cette origine souligne les liens étroits qui existent entre la confiance, l'espoir, la foi, la fidélité, la confiance, le crédit et la croyance.

L'exigence

Emprunté du bas latin *exigentia*, de même sens.

Une exigence est l'expression d'un besoin ou une attente qu'une entité exige sur une autre de manière explicite ou implicite.

En philosophie une exigence morale est un critère de comportement qui répond à une norme sociale ou à un idéal éthique.

C. la spécification

Par ailleurs, l'EREN (ibid) souligne deux points importants pour appliquer cette éthique (le principisme) dans les cas médicaux :

- Tout d'abord cette démarche n'interdit en rien que d'autres principes que certains voudraient décliner s'y ajoutent.
- D'autre part, l'idée n'est pas que ces quatre principes soient forcément respectés dans un choix ou une action, mais qu'ils soient systématiquement interrogés de manière à voir d'une part pourquoi et comment on les transgresse si ils ne peuvent être tous respectés et d'autre part comment ils se compensent l'un l'autre. Ainsi, une décision peut être acceptable si l'un des principes est mis en défaut mais compensé par la force des trois autres. L'exemple le plus classique est le cas de la perte d'autonomie du sujet, où l'action sera néanmoins possible sans le consentement de la personne, car la démarche sera bienfaisante, non malfaisante et jugée juste.

⁵ Extraites des chartes ACCOR et Extendam

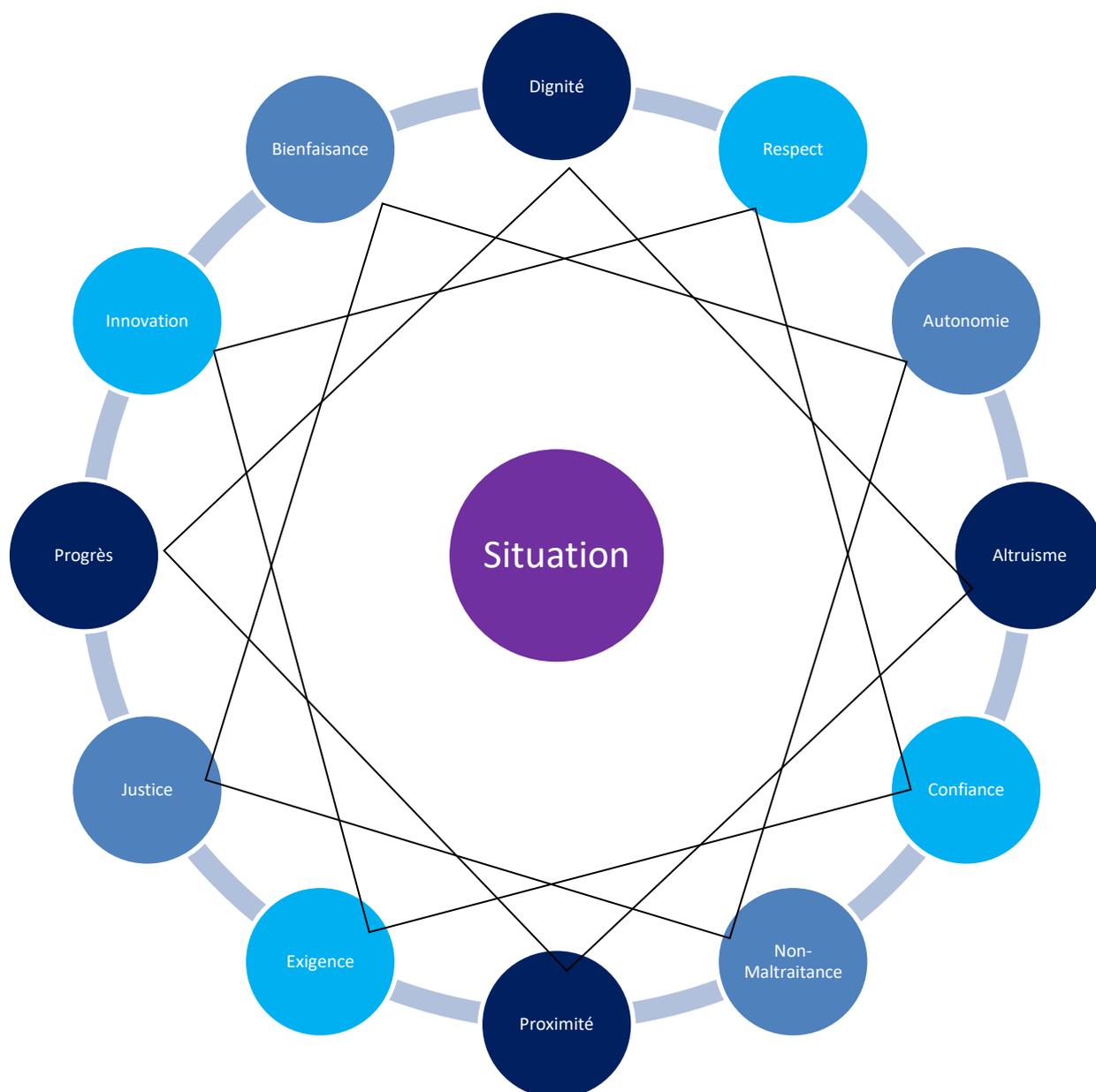
« La spécification est un exercice qui consiste à examiner des contextes particuliers et à déterminer la manière d'appliquer les principes. Elle revient à développer le sens et la portée d'un principe dans différents contextes, types de situations ou situations données. En spécifiant les façons d'appliquer les principes, on précise les règles et les normes en vue de leur application concrète. Avec l'équilibre réfléchi, les règles et les normes sont toujours susceptibles de changer et d'être raffinées à partir des jugements découlant de cas précis. »

(Le « principisme » et les cadres de référence en matière d'éthique en santé publique par l'institut national de santé public du Québec).

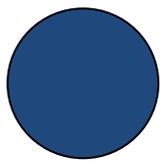
Cette spécification, ou cette manière d'appliquer les différents principes vus ci-dessus, pourra donc opportunément intégrer les quatre principes retenus en matière d'accueil et les quatre valeurs de la fondation.

La boussole éthique :

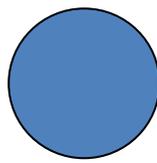
En synthèse, l'examen des tensions éthiques rencontrées au sein des établissements de la fondation pourra se faire au moyen de la boussole présentée ci-dessous, boussole qu'il faut appréhender comme un guide de réflexion à aménager en fonction des spécificités de chaque situation.



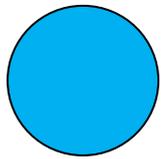
Légende :



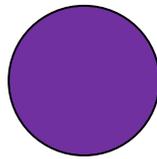
Valeurs de la fondation



Principes de la théorie biomédicale



Valeurs de l'accueil



La situation rencontrée dans sa singularité

III. Exemple de réflexions autour de problèmes éthiques

A. Les refus de soins d'hygiène :

La situation :

Un résident entré il y a 4 ans en EHPAD et âgé de 68 ans, est parti récemment en hôpital psychiatrique à la suite de manifestations de catatonie : il ne mangeait plus et ses gestes et attitudes étaient de plus en plus agressives. Il avait auparavant fait plusieurs AVC. Les soignantes précisent qu'il présentait des symptômes de schizophrénie. Toutes les thérapies tentées à Saint-Étienne ont échoué. Une sonde nasogastrique lui a été posée pour lui permettre de se nourrir mais il ne s'exprimait plus et ne pouvait plus valider le soin.

Le contexte :

Le contexte médical est considéré comme lourd : soins considérés comme palliatifs à l'HP (GIR1). Le patient est isolé sur un plan familial.

La problématique :

Les soignants exposent les questions qu'elles se posent : du fait de l'intrusion forcée de la sonde, une situation de maintien en vie « artificielle » est créée avec une vie considérée comme végétative par la plupart des soignantes (le patient reste au lit). A noter que l'âge relativement jeune du patient (<70 ans) les interpelle également.

Les dilemmes posés par la situation sont a minima les suivants :

- Le choix entre la douleur subie faute de soins à la bouche (du fait de la présence de la sonde) et les soins sans consentement explicite administrés au patient
- La problématique de la fin de vie et de l'acharnement thérapeutique

Exemple d'application de la réflexion :

- Concernant les 4 valeurs de la bioéthique : l'autonomie du résident est quasi absente et on parlera plutôt de la valeur duale (confer ci-dessus) de vulnérabilité. Au plan de la justice, on relèvera la présence ou l'absence de syndrome du glissement pour estimer si la situation relève de la fin de vie ou non. Concernant la non-maltraitance et la bienfaisance, une interprétation littérale de la situation conduirait à réaliser les soins d'hygiène buccaux en prenant le risque de l'inconfort voire de la douleur car la présence de la sonde est fondamentale pour le patient et nécessite ces soins. Elle présuppose également que le résident ne subit pas d'acharnement thérapeutique et que le protocole de soins est toujours pertinent ce qui reste la position des médecins dans la situation présente.

- Concernant les valeurs de l'accueil : on veillera naturellement à garder une attitude respectueuse vis-à-vis de du résident en tant que personne quelque soit son état de santé. On fera confiance aux différents acteurs qui sont intervenus sur ce cas, notamment les médecins de ST-Etienne et les infirmières de l'EHPAD. On restera exigeant dans la pratique des soins délivrés même en l'absence de retours du résident et essaiera régulièrement de nouvelles approches thérapeutiques, peut-être propices à générer moins de gêne pour lui.
- Concernant les valeurs de la fondation, la dignité du résident est préservée. Le comportement altruiste est intrinsèque à l'identité de la fondation et n'est pas mobilisable dans le cas présent. Les enjeux de progrès sont à rapprocher de ceux d'innovation décrits ci-dessus. L'approche de proximité est intéressante dans le cas d'espèce car elle conduit à se rapprocher de l'ensemble des acteurs de santé et médico-sociaux qui se sont occupés du patient pour appréhender la situation dans son ensemble (pathologie psy, isolement familial, etc....).

Recommandation :

In fine, la recommandation pourrait être de continuer les soins autour de la bouche même sans le consentement explicite du résident tant que la sonde est présente. Des approches innovantes seront à étudier pour imaginer comment alimenter le patient si on retire la sonde.

Epilogue :

Une réunion interne a eu lieu avec la proposition d'un transfert en USLD (à moyen long terme). Depuis cette réunion, le patient est levé régulièrement, voire tous les jours, dans son fauteuil coquille. La sonde a été retirée, il est alimenté par la bouche, quand il ouvre la bouche, en toute petite quantité. Il fait régulièrement des fausses routes et ces derniers jours, il est aspiré régulièrement.

- B. L'individualisation de la prise en charge et les règles de vie en collectivité (prise de repas dans la chambre, refus de se mêler à la vie commune)

La situation :

Une patiente âgée de 69 ans crie très souvent sans que le personnel ne comprenne précisément la raison de ces cris (entre la démence ou la souffrance). L'ingestion de médicaments et de nourriture pose des problèmes car de fréquentes fausses routes sont constatées laissant penser à un refus de soins. De plus, ses cris systématiques gênent l'entourage au sein du restaurant collectif.

Le contexte :

La résidente est atteinte de démence de type Alzheimer et présente des symptômes de psychose hallucinatoire (GIR1) et des troubles cognitifs très importants. Elle est totalement isolée familialement.

La problématique :

La pratique historique était de tenter à plusieurs reprises de lui proposer à manger car la patiente acceptait en général à la troisième tentative. La réunion de pratique a acté, en se fondant sur les choix initiaux de la patiente, qu'elle resterait dans sa chambre.

Il est fait référence à des antécédents de traumatisme subi par la patiente pouvant expliquer les cris (elle croit qu'elle subit à nouveau son agression).

Les dilemmes posés par la situation sont a minima les suivants :

- Insister pour l'ingestion de nourriture et de médicaments ou laisser la résidente sans alimentation ou médicaments
- Insister pour accompagner la résidente dans le restaurant collectif pour la socialiser ou la laisser dans sa chambre.

Exemple d'application de la réflexion :

- Concernant les 4 valeurs de la bioéthique : l'autonomie du résident est quasi absente (Alzheimer, psychose hallucinatoire) et on parlera plutôt de la valeur duale (confer ci-dessus) de vulnérabilité. Cette vulnérabilité est renforcée par sa situation familiale (isolée). Au plan de la justice, on relèvera la présence ou l'absence de syndrome du glissement pour estimer si la situation relève de la fin de vie ou non. La difficulté réside dans l'interprétation à faire des manifestations de rejets de la patiente et de ses fausses routes : veut-elle arrêter de se nourrir ou est-ce une manifestation de sa démence ? Concernant la non-maltraitance et la bienfaisance, il est relevé qu'avec de la patience et la connaissance du personnel, la résidente acceptait l'ingestion au bout de la 3^e tentative. Certains soignants mentionnaient d'ailleurs, la présence d'un traumatisme passé dans la vie de la résidente qui pouvait être amenée à considérer chaque approche physique comme une agression. Ces considérations pourraient conduire à penser qu'insister pour nourrir la patiente ne relève pas de maltraitance mais au contraire de la préoccupation de sa santé vitale. Parallèlement, concernant la question de la socialisation, considérer la personne comme autonome dans ses choix conduit à accepter qu'elle reste dans sa chambre. Au plan de la bienfaisance et de la non-maltraitance, la décision de laisser la résidente prendre ses repas dans sa chambre semble plus respectueuse d'elle et de ses choix. Le critère de la justice sociale nous enjoint à accepter que cette situation est singulière du fait de la pathologie de la personne et conduit à réévaluer régulièrement la faisabilité des repas en collectif de la résidente.
- Concernant les valeurs de l'accueil : on veillera naturellement à garder une attitude respectueuse vis-à-vis de la résidente notamment dans les pratiques mises en place pour la nourrir et lui donner ses médicaments. L'approche confiante et bienveillante vis-à-vis de la personne, notamment dans ses phases de démence permettra parfois de désamorcer son agressivité. On restera exigeant dans la pratique des soins délivrés même en l'absence de retours de la résidente et on essaiera régulièrement de nouvelles approches thérapeutiques, peut-être propices à générer moins de gêne pour elle.
- Concernant les valeurs de la fondation, la dignité de la résident est préservée (notamment car elle ne sera pas surexposée aux regards des autres pendant les repas). Le comportement altruiste est intrinsèque à l'identité de la fondation et n'est pas mobilisable dans le cas présent. Les enjeux de progrès sont à rapprocher de ceux d'innovation décrits ci-dessus. L'enjeu de proximité sera pris en compte en se rappelant notamment l'isolement familial total de la résidente.

Recommandation :

In fine, la recommandation pourrait être d'alimenter patiemment la résidente dans sa chambre avec un protocole à partager. Des approches nouvelles pourront être tentées avec elle pour faciliter à al fois l'ingestion de nourriture et de médicaments dans sa chambre, voire en collectif pour la resocialiser.

Epilogue :

La réunion interne entre professionnel a fait émerger un consensus pour laisser la résidente dans sa chambre.

- C. La sexualité des personnes âgées et le problème du consentement (notamment dans des cas de démence)

La situation :

Un couple a fréquenté l'EHPAD en famille d'accueil à raison d'une fois/semaine. L'homme s'est ensuite installé à demeure au sein de l'EHPAD. Il a rencontré une femme, également résidente qui présente de sévères troubles cognitifs. Une soignante les a découverts ensemble au lit.

Le contexte :

La dame a une fille très présente.

La problématique :

Les soignants se posent la question du consentement et la question de l'information vis-vis de la fille d'un côté et de l'épouse de l'autre. La psychologue a été sollicitée.

Les dilemmes posés par la situation sont les suivants :

- Evaluation du consentement de la personne présentant des troubles cognitifs
- Information ou non aux familles respectives

Exemple d'application de la réflexion :

- Concernant les 4 valeurs de la bioéthique : L'autonomie de l'homme est bien présente et pris en compte. Celle de sa compagne est sujette à caution et pose la question de son consentement du fait de sa vulnérabilité. Toutefois la psychologue qui les a reçus a pu constater que si le consentement était en « zone grise », le mieux-être procuré par la relation était indiscutable pour l'un et pour l'autre. La maîtresse du monsieur était d'ailleurs suffisamment consciente pour déclarer « qu'elle n'était pas jalouse (!) » à propos de la présence de la femme de son amant. Concernant la non-maltraitance et la bienfaisance et indépendamment de tout regard « moralisateur » sur la situation, il est préférable de ne pas mettre de contraintes en place concernant leur relation. Cette position de « laissez-faire » ne devrait pas poser de difficultés particulières en termes de justice sociale. Concernant la question de l'information à faire ou non aux familles (la vérité ou le mensonge par omission diraient certains), il ne semble pas y avoir de raisons particulières de divulguer ces informations confidentielles aux familles contre la volonté des deux résidents.
- Concernant les valeurs de l'accueil : on veillera naturellement à garder une attitude respectueuse vis-à-vis des deux résidents en respectant notamment leur intimité. On conservera la même attitude de confiance et la même exigence de pratiques avec les résidents. La valeur innovation ne semble pas particulièrement mobilisable dans la situation observée.
- Concernant les valeurs de la fondation, la dignité des résidents est assurée. Le comportement altruiste est intrinsèque à l'identité de la fondation et n'est pas mobilisable dans le cas présent. Les enjeux de progrès ne sont pas mobilisables non plus. L'enjeu de proximité sera intégré en partageant la situation entre soignants pour garantir la confidentialité des informations.

Recommandation :

La recommandation pourrait simplement être d'acter la situation sans rien faire de particulier compte tenu des garanties prises avec l'entretien mené par la psychologue.

Epilogue :

A date, les deux résidents fonctionnent dans le cadre dépeint ci-dessus.

D. La problématique de la fin de vie et de l'acharnement thérapeutique

La situation :

Une dame est en situation d'urgence vitale à la suite de détresse respiratoire. La situation se présente un WE. Le médecin du SAMU ne rejette pas le principe d'une hospitalisation et recommande d'appeler SOS médecin. Ces derniers se déplacent et renvoient vers le 15 qui envoie finalement une ambulance pour la prise en charge de la résidente.

Deux ambulanciers arrivent, accompagnés de leur chef. Ce dernier dit : « elle va mourir » devant la résidente et les soignants présents dans la chambre. Il sort de la chambre, téléphone et revient en disant : « fin de vie, elle va à St Julien ». Ne souhaitant pas perdre plus de temps dans la situation, les soignants laissent partir la résidente qui reviendra à l'EHPAD au bout de 24h et sera accompagnée dans une fin de vie digne et conforme à ses directives.

Le contexte :

La dame présente des troubles cognitifs importants avec des signes de démence. Son fils est très présent mais injoignable au moment des événements. Des directives anticipées existent mais sont incomplètes : elles demandent la possibilité d'une prise en charge hospitalière, rejette la réanimation et contiennent des passages répondus par « je ne sais pas ».

La problématique :

Les soignants ont été très choqués par l'attitude du chef ambulancier qui n'a manifestement pas respecté les fondamentaux professionnels observés par le personnel de l'établissement. Les soignants se sont interrogés sur leur absence de réaction devant cette attitude qui les a interpellés.

Ils rapprochent cette situation d'une autre où des ambulanciers ont posé une couverture sur une personne sur brancard pour lui éviter la pluie. Cette couverture lui recouvrait l'intégralité du corps y compris le visage. La situation faisait penser à un drap mortuaire d'autant qu'aucun accompagnement par la parole n'a été réalisé. L'effet de sidération fut tel que là non plus les soignants n'ont pas réagi devant la situation.

Les dilemmes posés par la situation sont les suivants :

- Acharnement thérapeutique ou fin de vie, interprétation des directives anticipées.
- Réaction devant des attitudes de collègues externes contraires aux règles professionnelles
- Décision de soin ou de fin de vie prise par un professionnel qui n'a pas vu la résidente, sur la base des critères GIR et âge.

Exemple d'application de la réflexion :

Concernant le sujet de la prise en charge médicale de la résidente dans la situation d'urgence rencontrée, le questionnement est finalement un peu académique. L'urgence et les décisions des professionnels ont prévalu et l'examen ex-post ne sera pas une promesse de meilleure prise en charge future.

L'examen de la situation à travers les différents critères n'est pas non plus nécessaire pour conclure que l'attitude des autres soignants que ceux de l'EHPAD n'a pas été professionnelle. Pourquoi n'avoir pas réagi et fallait-il le faire ? Les soignants ont considéré que le plus important était de traiter l'urgence vitale et que les désaccords sur la façon de prendre en charge la patiente viendraient en second lieu.

Recommandation :

Peut-être faut-il prendre contact avec les équipes d'ambulanciers concernés pour, au nom des valeurs de proximité et de confiance qui animent la fondation, débriefer à froid ces deux expériences.

Epilogue :

La dame est décédée accompagnée par son fils et le personnel de l'EHPAD.

E. Les problématiques de liberté versus sécurité

La situation :

De multiples cas ont été cités (déambulations agressives, consommation alcool, consommation tabac, sorties, etc.....). On retient la situation suivante : une femme est arrivée un an avant son mari à l'EHPAD. Au bout de quelques années le mari est décédé et son épouse souhaite aller à son enterrement. La fille du couple ne se sent pas capable de prendre en charge la présence de sa mère à la cérémonie.

Le contexte :

La dame présente des troubles cognitifs très importants.

La problématique :

Les soignants exposent les questions qu'elles se posent : faut-il faire en sorte que la mère assiste à l'enterrement de son mari et si oui comment alors que leur fille a fait part de ses limites et de ses craintes.

Les dilemmes posés par la situation sont les suivants :

- Interprétation de la volonté de la résidente
- Choix entre la liberté de la résidente d'aller à l'enterrement de son défunt mari et la sécurité qui recommande de ne pas la laisser y aller.

Exemple d'application de la réflexion :

- Concernant les 4 valeurs de la bioéthique : l'autonomie de la résidente est trop réduite pour la laisser aller à l'enterrement sans assistance. La bienfaisance recommande sans doute d'accéder, dans la mesure du possible, à ses demandes. La non-maltraitance pourrait aller dans le même sens. En termes de justice sociale, il faudrait veiller à ce que les mesures prises pour accompagner la résidente à la cérémonie, si c'est l'option choisie, ne pèsent pas sur le fonctionnement et la sécurité des autres résidents.
- Concernant les valeurs de l'accueil : le respect de la personne recommande de trouver une solution pour lui permettre d'aller à la cérémonie. Comme cela a été formulé par le personnel soignant, malgré les troubles cognitifs, le sentiment reste. Cet événement doit faire partie de sa vie. On témoignera notre confiance à madame dans sa capacité à gérer l'évènement en l'entourant de façon professionnelle. L'exigence sera mobilisée pour être performant dans la mise en place d'une solution d'accompagnement qui permettra de décharger sa fille et de sécuriser la mère. On essaiera de trouver une solution innovante qui répond aux différents enjeux et contraintes de la situation.
- Concernant les valeurs de la fondation, la dignité de la résidente commande probablement de lui permettre d'aller à la cérémonie. La dimension altruiste de la fondation conduit peut-être à proposer une solution d'accompagnement au-delà des responsabilités traditionnelles du personnel. La valeur de progrès est à rapprocher de celle de l'innovation. On notera la démarche de responsabilité importante de la fondation qui accompagnera de façon complète et globale la résidente. Les enjeux de proximité seront aussi mobilisés avec des prises de contact avec les acteurs de la cérémonie pour mettre en place une solution d'accompagnement.

Recommandation :

La recommandation pourrait être de détacher un membre du personnel soignant volontaire pour accompagner la résidente à la cérémonie. Il faudra veiller à sécuriser autant que possible cette sortie tout en étant vigilant quant aux éventuels impacts en termes de ressources sur les autres résidents de l'EHPAD (si la cérémonie est organisée durant le WE par exemple).

Epilogue :

La solution d'accompagner la résidente à la cérémonie a été retenue à l'unanimité par le personnel.

F. La problématique de la contention

La situation :

Une dame qui se déplaçait dans un fauteuil roulant commença à tomber de son fauteuil. La 2^e fois que cela se produisit, sa fille alla voir son médecin traitant (qui était aussi le sien) pour qu'elle soit attachée à son fauteuil. Le médecin a prescrit une ceinture pelvienne pour qu'elle reste attachée au fauteuil ce qui constitue un soin de contention.

Le contexte :

La résidente est hébergée depuis quelques années et ne s'exprime plus mais elle garde son discernement et sa mobilité via son fauteuil. La famille est présente. Elle a un médecin traitant familial.

La problématique :

Les soignants exposent les questions qu'elles se posent : le soin de contention n'est pas pratiqué au sein de la fondation. Pourtant dans le cas présent, la discussion collective entre l'équipe soignante, le médecin traitant et la famille, n'a pas permis d'aboutir à une solution alternative.

Les dilemmes posés par la situation sont les suivants :

- L'expression de la volonté de la résidente qui n'est pas explicite et à qui on impose finalement un soin
- Le choix d'une solution de contention limitant de facto la mobilité du patient versus le fait de laisser la situation en l'état avec les risques de chutes pour la résidente.

Exemple d'application de la réflexion :

- Concernant les 4 valeurs de la bioéthique : l'autonomie du résident est très réduite tant au plan de l'expression orale que de son autonomie physique. Pourtant il est relevé que la solution du fauteuil lui permet de conserver sa mobilité et qu'elle s'en sert en déambulant sans l'assistance d'autrui. Au plan de la justice, la situation est délicate car le risque de pérenniser un soin de contention est de créer une sorte de jurisprudence pour la suite. Parallèlement, on peut s'interroger sur le rôle de l'environnement familial et médical et la pression mise quant au choix de la solution. Concernant la non-maltraitance et la bienfaisance, le rapport bénéfice/risque est délicat à évaluer. On notera les éléments suivants : les chutes se faisaient sur les fesses (donc sans grand dommage pour la personne) à l'exception d'une qui a eu lieu sur le devant. La plupart du temps, le sol était suffisamment souple pour amortir le choc. La résidente a accueilli favorablement la ceinture (elle sait manifester un désaccord sans équivoque) et n'a pas réduit ses habitudes de mobilité avec son fauteuil.
- Concernant les valeurs de l'accueil : le respect de la personne accueillie et soignée est bien au centre du questionnement. La confiance est une condition de réussite de la solution dont la recherche sera collective avec le corps médical et la famille. On restera exigeant dans la pratique des soins délivrés même en l'absence de retours du résident et on réévaluera régulièrement la pertinence et la nécessité de la ceinture.
- Concernant les valeurs de la fondation, la dignité de la résidente passera effectivement par le respect témoigné au quotidien. Il est effectivement nécessaire de s'interroger sur la meilleure solution pour la dignité de la résidente entre le port d'une ceinture où le risque de chute devant autrui. Le comportement altruiste est intrinsèque à l'identité de la fondation et n'apporte pas de nouveautés dans le cas présent. Les enjeux de progrès sont à rapprocher de ceux d'innovation décrits ci-dessus, ils sont à mobiliser dans la situation en cherchant toujours une meilleure alternative sans dégrader la situation. L'approche de proximité est clef dans ce cadre puisque la situation ne peut s'appréhender qu'avec l'ensemble des parties prenantes (famille, médecin, professionnels).

Recommandation :

In fine, la recommandation pourrait être de conserver la ceinture dans la mesure où d'une part elle est clairement acceptée, voire même attendue par la résidente (qui est rassurée) et où d'autre part elle ne restreint pas ses habitudes de mobilité. Toutefois, il sera sans doute important de réévaluer régulièrement la pertinence de la solution apportée et peut-être de tester son utilité en essayant de temps en temps d'enlever la ceinture pour observer le fonctionnement de la résidente.

Epilogue :

A date, la résidente fonctionne dans le cadre dépeint ci-dessus.

Annexe :

Le cadre théorique de la réflexion

Relation éthique et morale :

« Le questionnement éthique va venir interroger la morale. En effet, si la morale est définie par l'ensemble des règles d'action et les valeurs qui fonctionnent comme normes dans une société, l'éthique s'intéresse quant à elle aux principes de cette morale, de ce qui la fonde. L'éthique nous convoque donc à un questionnement, à une recherche, à une confrontation avec l'autre, avec le point de vue de l'autre. Si la morale nous renseigne sur la conduite à tenir dans certaines circonstances, il est des domaines nouveaux dans lesquels elle s'avère inopérante, ce qui pousse alors le sujet à s'interroger. Cette interrogation à visée morale, c'est l'éthique. »

(Ollivier M.-P., 2001- 2002).

« Ce qui particularise l'éthique c'est son ancrage dans des contextes de décision et d'action déterminés. L'éthique interroge les principes de la morale en situation.

Elle « s'enracine dans l'identification en pensée de situations singulières. (...) Il n'y a qu'éthique des processus par lesquels on traite les possibles d'une situation. »

(Badiou A., 1993, p. 18).

« La décision éthique est la recherche d'un CONSENSUS, d'un COMPROMIS.

Le meilleur (ou le moins mauvais) possible entre MES valeurs et celles des AUTRES acteurs mis en présence lors d'une situation réelle. Elle tourne autour des valeurs pour lesquelles il n'y a pas de solutions instituées, pas de repères utilisables par tous. Elle nécessite la recherche constante de l'altérité : mon avis ne vaut ni plus, ni moins que celui d'une autre personne. »

(Vivier S., 1989)

Relation éthique et droit :

L'éthique est le principe de l'application du droit positif (la loi) : la loi est toujours générale, son application concerne toujours un cas particulier. De ce point de vue, l'équité est le correctif de la justice légale.

- ✚ L'éthique surplombe le droit pour en évaluer la justesse et la justice. Cela se traduit par le droit ou le devoir d'obéissance, ou de résistance dans les situations dans lesquelles le droit comme justice formelle, ne traduit pas le droit comme équité ou justice naturelle.
- ✚ L'éthique comble les vides juridiques (exemple de la sexualité en établissement).
- ✚ L'éthique interprète le droit en situation (jurisprudence).
- ✚ L'éthique cherche à résoudre les éventuels conflits internes au droit.

Relation éthique et déontologie :

La déontologie (au sens large) désigne la finalisation de la réflexion éthique, sous la forme de comportements normés, considérés comme légitimes par les acteurs d'une situation professionnelle donnée.

Différentes théories éthiques :

- La théorie de la justice (J. Rawls)

La Théorie de la justice est un ouvrage de philosophie politique et morale du philosophe américain John Rawls (1921-2002). Dans ce livre, Rawls veut résoudre le problème de la justice distributive en critiquant l'utilitarisme, et en faisant appel aux positions de Kant et au contrat social. Il nomme la théorie qui en résulte Justice as Fairness, et en tire ses deux principes de base de la justice : le principe de liberté et le principe de différence. Ces deux principes seraient appliqués si chacun était par hypothèse placé dans une situation qu'il appelle la position originelle où un voile d'ignorance prédominerait.

Dès lors, et selon Rawls, l'ignorance de ces détails sur soi-même mènera à des principes qui seront justes pour tous. Si un individu ne sait pas quelles sont ses chances dans sa propre société, il est probable qu'il ne va pas accorder de privilèges à une classe quelconque d'individus, mais concevoir un système de justice qui traite chacun équitablement. Rawls affirme que placés dans « la situation originelle » tous adopteront une stratégie qui permettra de maximiser la position des individus les moins bien lotis, dite maximin ou minimax, et qui consiste à minimiser la perte possible tout en maximisant le gain potentiel.

Rawls énonce ainsi ses deux premiers principes de justice :

1. Premier principe : chaque personne doit avoir un droit égal au système total le plus étendu de libertés de base égales pour tous, compatible avec un même système pour tous.
2. Second principe : les inégalités économiques et sociales doivent être telles qu'elles soient :
 - a) au plus grand bénéfice des plus désavantagés
 - b) attachées à des fonctions et des positions ouvertes à tous, conformément au principe de la juste égalité des chances.

D'après Rawls le premier principe affirme la « priorité de la liberté » ce qui signifie que la liberté ne peut être limitée qu'au nom de la liberté elle-même.

Le principe (2a) est appelé principe de différence. Ce principe implique de maximiser les biens premiers (pouvoirs et prérogatives attachées aux différentes fonctions et positions, le revenu et la richesse, et les bases sociales du respect de soi) des plus faibles. D'après Rawls :

« [Le principe de différence] ne demande pas à la société d'essayer d'atténuer les handicaps, comme si tous devaient participer, sur une base équitable, à la même course dans la vie. Mais il conduirait à attribuer des ressources à l'éducation, par exemple, avec comme but d'améliorer les attentes à long terme des plus défavorisés. Si ce but est atteint en consacrant plus d'attention aux plus doués, cette inégalité est acceptable, sinon, non.

- L'éthique de la vertu (Aristote, P. Ricœur, E. Kant)

L'éthique de la vertu insiste sur l'importance des traits caractéristiques d'une personne, et prête ainsi davantage attention à ce qu'on considère habituellement sous le nom de vertus. Ces vertus sont mises en avant parce qu'elles permettent la réalisation de soi, autrement dit de mener une vie bonne. Trois des concepts centraux de ce type de philosophie sont la vertu, la sagesse pratique et l'eudémonisme (penser qu'une vie bonne est une vie heureuse).

La philosophe Rosalind Hursthouse introduit ainsi la différence entre l'éthique de la vertu, l'éthique déontologique et le conséquentialisme :

« Imaginons qu'il soit évident que quelqu'un qui a besoin d'aide devrait être aidé. Un utilitariste soulignerait le fait que les conséquences d'une telle action maximiseraient le bien-être ; un déontologiste soulignerait le fait que, ce faisant, l'agent agira en accord avec une règle morale telle que Fais aux autres ce que tu voudrais que l'on te fasse ; et un tenant d'une éthique de la vertu dirait que le fait d'aider cette personne serait charitable ou bienveillant ». Il faut souligner que pour un tenant de l'éthique de la vertu, l'intention de l'agent est primordiale pour juger si l'action est bonne ou non, là où le conséquentialiste ne tiendra pas compte de l'intention mais seulement des conséquences de l'action.

- Ethique de responsabilité et éthique de conviction

Dans *La profession et la vocation de l'homme politique* (conférence janvier 1919), Max Weber distingue « éthique de responsabilité » et « éthique de conviction ».

L'espace de réflexion éthique de Normandie (EREN) dans son dossier *Principes et fondements de l'éthique médicale et de l'argumentation éthique d'une décision* définit ces notions de la façon suivante :

« ..Celui qui agit par éthique de conviction, agit au nom de principes définis, de devoirs présumés, puis s'en remet au cours de choses, certains diraient à Dieu, d'autres au cours de la Nature.

Le partisan de l'éthique de conviction se sent responsable de l'application d'une règle, sans forcément d'implication au-delà.

Dans l'éthique de responsabilité, il s'agit d'aller plus loin en se sentant responsable de toutes les conséquences de nos actes, avec en particulier la nécessité d'une analyse critique de la règle ou d'une décision si celles-ci ne sont pas acceptées par tous ou adaptées pour tous ; a fortiori si on sait qu'elles peuvent avoir des conséquences néfastes sur l'équilibre d'une personne ou d'un groupe de personnes. Ainsi, l'éthique de la responsabilité débouche sur la volonté d'agir non par des choix automatiques, mais à chaque fois de manière singulière et raisonnée, en faveur d'une approche conséquentialiste... »
(<https://www.espace-ethique-normandie.fr/9531/>)

Mr Christian Gilioli (*Soins cadres de santé février 2009*) nous relate le contexte du vote de la loi en faveur de l'IVG en 1975 pour illustrer les différences entre les deux éthiques de Weber :

« Les députés, dont la majorité y étaient pourtant opposés au nom d'une conviction éthique qui leur faisait percevoir l'avortement comme un acte moralement condamnable, ...finirent par y consentir au nom d'une éthique de responsabilité organisée autour de la volonté de mettre un terme à une injustice sociale d'accès-puisque quoi qu'ils en pensaient l'avortement était une pratique avérée-qui imposait au femmes les plus démunies des conditions sociales et sanitaires dramatiques où se mélangeait la honte et l'infection. La responsabilité morale de mettre un terme à une situation morale inacceptable submerge alors l'intime conviction qui conduit à accepter de manière au fond conséquentielle un acte qu'on réproouve initialement. »

- L'utilitarisme et le conséquentialisme (J.S. Mill)

Le conséquentialisme fait partie des théories morales qui soutiennent que ce sont les conséquences d'une action donnée qui doivent constituer la base de tout jugement moral de ladite action. Ainsi, d'un point de vue conséquentialiste, une action moralement juste est une action dont les conséquences sont bonnes. Plus formellement, le conséquentialisme est le point de vue moral qui prend les conséquences pour seul critère normatif. On oppose généralement le conséquentialisme aux éthiques déontologiques, lesquelles mettent l'accent sur le type d'action plutôt que sur ses conséquences, et à l'éthique de la vertu, laquelle se concentre sur le caractère et les motivations de l'agent.

L'utilitarisme est, historiquement, la principale théorie morale conséquentialiste. Il tient pour juste l'action qui engendre le plus de bonheur pour l'ensemble de tous les agents, le bonheur étant défini comme la maximisation des plaisirs et la minimisation des peines. Ainsi défini, l'utilitarisme affirme que ce qui compte est la somme totale de bonheur, ou bonheur agrégé, le bonheur de tous et non pas le bonheur de quelques-uns ou le bonheur d'une personne particulière.

John Stuart Mill, dans son exposé de l'utilitarisme, a proposé de hiérarchiser les plaisirs, c'est-à-dire d'attribuer une valeur plus importante à la poursuite de certains types de plaisirs qu'à la poursuite de certains autres.

- L'éthique de la discussion (K.-O. Apel, J. Habermas)

Faire de la discussion, le critère même de l'éthique, définir au fond l'éthique par ce qui rend possible une discussion - cadre voulu comme principe de la vie et de la morale humaine, telle est la thèse de J. Habermas. On appellera alors violence, violation, mal, d'une façon assez radicale, ce qui rend toute discussion impossible ; le fait de quitter une discussion, de ne pas écouter, de ne pas vouloir entrer dans la parole de l'autre, refuser la parole, mépriser la parole de l'autre, cela n'est pas seulement un aspect du mal, c'est peut-être la source de toutes les violences. L'éthique conversationnelle de Jürgen Habermas est une éthique qui cherche à théoriser les principes de toute discussion possible

- Le principisme (Beauchamp et Childress) :

Le principe d'autonomie et la vulnérabilité :

Des réflexions et recherches récentes ont toutefois fait émerger les limites du concept d'autonomie, qui ne peut être considéré que comme un horizon à atteindre, voire comme une tâche à accomplir (Colloque Filseine 2/02/2024), qui s'acquiert et peut se perdre.

Un glissement s'opère alors vers la vulnérabilité, notion duale de l'autonomie.

Eric Delassus interroge ainsi le concept : « Comment ne pas nuire au patient et agir en vue de son bien tout en respectant son autonomie lorsque ce dernier est avant tout une personne vulnérable dans l'incapacité de décider en pleine connaissance de cause. Peut-être serait-il plus judicieux de concevoir l'accompagnement du malade en posant d'abord, comme donnée fondamentale, la vulnérabilité du patient plutôt que son autonomie ? »

La notion de vulnérabilité contient cependant également ses propres limites juridiques comme le rappelle Fabien Marchadier (Colloque Filseine 02/02/2024) : sur un plan technique, tout le monde est vulnérable (donc in fine, personne), sur un plan théorique, il est très difficile de poser des critères et d'évaluer les conséquences ce qui correspond à une démission doctrinale et sur un plan politique enfin : où donc s'arrête le champ de la vulnérabilité.

Le principe de non-malfaisance:

Eric Delassus poursuit ses réflexions de la façon suivante :

« ...On peut considérer que tout acte qui occasionne une souffrance inutile ou qui diminue sans aucune contrepartie les capacités du malade peut être considéré comme nuisible à ses intérêts. S'il faut, en effet, tenir compte de la souffrance infligée au malade, ce critère n'est pas le seul à prendre en considération. Le mal causé ne peut se réduire à la simple souffrance, le médecin peut prescrire à son patient des traitements ayant des effets indésirables sans que cela contrevienne au principe de non-malfaisance. Cependant, conformément au principe d'autonomie, il se doit de le prévenir de ces effets auparavant afin d'éclairer sa décision de suivre ou de ne pas suivre ce traitement. Un manquement à cette exigence pourrait d'ailleurs être perçu et interprété comme une certaine forme de malfaisance. »

Le problème ne se pose pas seulement pour ce qui concerne le choix d'administrer ou non un traitement, il concerne également le choix de poursuivre ou d'arrêter ce même traitement. La question se pose de savoir si, au nom du principe de non-malfaisance, il est possible de refuser de mettre fin à des traitements lourds qui augmentent l'espérance de vie du patient dans des conditions pénibles pour lui, alors qu'une interruption réduirait cette espérance, mais améliorerait sa qualité de vie à court terme? La question de savoir où se situe la malfaisance reste donc ici extrêmement difficile à résoudre et semble plutôt relever d'une évaluation au cas par cas. Des problèmes similaires peuvent également se rencontrer lorsque le médecin est confronté à ce qu'il est convenu d'appeler la règle du double effet, lorsque s'opère une distinction entre les effets voulus et les effets prévus, lorsqu'aux conséquences bénéfiques visées par l'acte médical s'ajoutent des effets pouvant être considérés comme malfaisants. Cela peut se produire lorsque l'on administre à un patient en fin de vie des traitements contre la douleur dont on sait pertinemment qu'ils vont hâter son décès. L'effet voulu est ici d'apaiser les souffrances du malade, mais le second effet prévisible est la mort résultant de la nocivité du traitement. On peut certes penser qu'il ne peut y avoir dans ce cas malfaisance, si l'effet négatif n'est pas recherché pour lui-même et s'il n'est que la conséquence de l'acte accompli en vue de l'effet positif. La problématique se situe alors à la limite des morales déontologiques et des éthiques conséquentialistes.

Si l'on considère que l'intention n'est pas de donner la mort, mais de soulager le patient, l'acte peut être considéré comme non-malfaisant. Cependant, il est extrêmement difficile de connaître et d'évaluer l'intention qui préside à l'accomplissement d'un acte qui peut d'ailleurs résulter d'intentions différentes si plusieurs personnes interviennent. Le médecin qui prend la décision et le soignant qui l'exécute ne seront peut-être pas animés par la même intention. En revanche, même si la mesure ne peut être totalement objective, il est apparemment plus facile de juger si un malade est soulagé ou s'il continue de souffrir.

Par conséquent, si l'on adopte un point de vue conséquentialiste, que l'on considère qu'il n'y a de bien et de mal que relatifs et que ne vaut que ce qui est utile pour maintenir, du mieux qu'il est possible, les capacités d'action d'un individu, les effets de l'acte doivent prédominer sur les intentions pour juger s'il y a ou non malfaisance.

Il est, en effet, extrêmement difficile face à ce type de problèmes de recourir à un principe universel relevant d'une morale déontologique. Le respect du principe de non-malfaisance consiste donc à s'interroger sur ce qui est bon ou mauvais pour tel individu dans telles circonstances données. Quel est le meilleur moyen de faire ce qui est vraiment utile pour que l'individu puisse continuer d'exercer ce qui lui reste de capacité d'action. La qualité de la vie ne pouvant s'évaluer que d'un point de vue dynamique (en termes de puissance d'agir) et non quantitatif (en termes de durée).

Pour résoudre ce type de difficultés Beauchamp et Childress préfèrent distinguer entre les traitements facultatifs et les traitements obligatoires. Il peut être parfois obligatoire de ne pas traiter un malade lorsque « *la douleur peut par exemple être si forte, et les contraintes physiques si lourdes, que ces facteurs deviennent plus importants que les avantages anticipés, telle qu'une brève prolongation de la vie* ».

Le traitement curatif peut alors relever de la malfaisance faite au patient. Cette distinction ne change cependant rien au fait que le respect du principe de non-malfaisance relève plus d'une approche conséquentialiste que déontologique.

Pour ce qui concerne les questions liées à la fin de vie, Beauchamp et Childress se réfèrent à la distinction désormais classique entre « tuer » et « laisser mourir ». Cette distinction laisse entendre que, dans certains cas, ne pas intervenir médicalement pour soigner un malade n'est pas comparable à la démarche active de faire mourir. Par exemple, lorsque les traitements sont trop lourds et leurs chances de réussite disproportionnées par rapport aux risques ou à l'inconfort imposé au patient. Et il est vrai qu'en cas d'arrêt de soins curatifs, c'est la maladie (autrement dit, en un certain sens la nature) qui tue le malade, alors que dans le cas de l'euthanasie, il y a effectivement un acte positif accompli pour mettre fin aux jours d'une personne. Cependant, dans certaines situations, la distinction est difficile à établir dans la mesure où laisser mourir peut être assimilé à l'acte de tuer, il n'est donc possible, selon Beauchamp et Childress, d'user de cette distinction avec pertinence que lorsque deux conditions bien précises sont remplies :

Laisser mourir » est prima facie acceptable en médecine sous l'une des deux conditions justifiées suivantes : une technologie médicale est inutile (médicalement futile), le patient (ou le décideur de substitution légal) a refusé une technologie médicale de façon valide.

Autrement dit, laisser un patient mourir est acceptable si et seulement si les circonstances satisfont la condition de futilité ou la condition d'un refus d'un traitement valide. (Honoré un refus valide revient dans ce cas à laisser mourir, non pas à tuer.) Si ces conditions ne sont pas satisfaites, alors laisser un patient mourir est une négligence et peut constituer une forme de meurtre.

S'il est vrai que souvent le désir de vivre est plus fort que tout, il peut sembler justifié que la médecine mette tout en œuvre pour tenter de retarder le moment du décès.

Néanmoins, comme d'ailleurs la loi française le recommande instamment, cela ne doit pas aller jusqu'à l'obstination déraisonnable, ce qui serait contrevenir à la fois au principe de non-malfaisance et au principe de bienfaisance que nous allons maintenant aborder. »

Le principe de bienfaisance :

Il s'inspire de la pensée de David Hume qui conçoit la bienfaisance en termes de réciprocité : Toutes nos obligations d'agir pour le bien de la société semblent impliquer quelque chose de réciproque. Je reçois les bienfaits de la société, donc je dois promouvoir ses intérêts.

En raison de cette exigence de réciprocité, le principe de bienfaisance ne peut s'apparenter au paternalisme médical, dans la mesure où ce principe doit respecter la liberté du patient et, par conséquent, le principe d'autonomie. Néanmoins, il peut arriver que le malade fasse des choix contraires à ses intérêts, refuser certains traitements ou adopter un régime de vie incompatible avec son état de santé. Le paternalisme peut-il dans ces conditions être une attitude recevable au nom du principe de bienfaisance ? Une attitude par trop paternaliste ne risque-t-elle pas alors d'opposer principe de bienfaisance et principe d'autonomie ?

Selon Beauchamp et Childress, une attitude relevant d'un « paternalisme fort » peut se justifier lorsque le patient n'est pas en capacité de décider de manière autonome, ou lorsque la décision du patient entraîne des effets d'une grave dangerosité tout en engageant de manière significative la responsabilité des soignants. Il n'empêche que la bienfaisance ne peut l'emporter sur l'autonomie dans la mesure où c'est la personne elle-même, en fonction de ce qui fait sa singularité, qui est la seule apte à décider de ce qui est bon pour elle, même s'il est vrai, comme nous l'avons souligné précédemment, qu'en tant qu'elle est également une personne vulnérable, elle a généralement besoin d'être soutenue et accompagnée dans ses décisions.

Le principe de justice :

Des problèmes sont rencontrés, lorsque tous ceux qui auraient besoin d'un acte médical ou d'un traitement ne peuvent en bénéficier pour des raisons matérielles. Ainsi, par exemple, pour une greffe d'organe, quels doivent être les malades considérés comme prioritaires ?

La question se pose également en ce qui concerne l'affectation des fonds destinés aux dépenses de santé et à la recherche médicale, faut-il considérer que seuls les malades atteints des pathologies les plus fréquentes doivent être privilégiés et limiter les dépenses pour les maladies plus rares, ou faut-il conformément au principe d'égalité considérer que tous les malades doivent être traités de manière identique.

Si l'on se situe dans une optique purement utilitariste recherchant le plus grand bonheur pour le plus grand nombre la première solution sera privilégiée, en revanche une approche plus égalitaire privilégiera la seconde réponse. La théorie égalitariste, plus proche de la tradition égalitaire européenne et républicaine semble plus apte à régler les questions relatives à l'accès aux soins qui nécessitent, pour être résolues, que des règles soient définies afin de faire le meilleur choix possible. La question de la justice semble se poser de manière plus cruciale dans les pays anglo-saxons qui ont un système de santé très différent du nôtre et qui ne bénéficient pas d'une sécurité sociale ayant pour but d'assurer un accès au soin plus égalitaire.

La spécification

« En résumé, le principisme est un cadre de référence en matière d'éthique normative conçu pour aider la prise de décision dans le domaine des soins de santé. C'est une approche axée sur la morale commune qui s'appuie sur quatre principes intermédiaires : le respect de l'autonomie, la non-malfaisance, la bienfaisance et la justice. La force normative de ces principes découle d'un modèle de justification basé sur la cohérence qui diffère des modèles de justification descendants (théorie morale) et ascendants (basés sur des situations ou des cas précis), mais qui mobilise ces deux types de raisonnement à travers l'équilibre réfléchi. Autrement dit, les principes sont soumis à une analyse théorique visant à les clarifier et à les rendre cohérents. Ils sont également éclairés par les jugements découlant de situations précises. Chaque principe doit être considéré comme contraignant à première

vue et aucun ne doit être jugé primordial. Les principes sont contextualisés et appliqués par un travail de spécification et ils sont mis en équilibre les uns avec les autres, en fonction de la situation »

(Le « principisme » et les cadres de référence en matière d'éthique en santé publique par l'institut national de santé public du Québec).

Les principales critiques et limites du principisme (Le « principisme » et les cadres de référence en matière d'éthique en santé publique par l'institut national de santé public du Québec) :

Il est trop individualiste :

Malgré la soi-disant égalité des quatre principes, au fil des ans, l'accent a surtout été mis sur l'autonomie (Callahan, 2003; Gillon, 2003). D'ailleurs, en réfléchissant à ses objectifs initiaux et à ceux de Childress lors de la rédaction de *Principles of Biomedical Ethics*, Beauchamp affirme que leur proposition visait à déplacer la préoccupation principale en soins de santé de la bienfaisance vers l'autonomie (Beauchamp, 2007, p. 3). Beauchamp et Childress voulaient aussi prendre davantage en compte la justice sociale, ce qui est tout à leur mérite. Néanmoins, l'individualisme, la trop grande importance accordée à l'autonomie et la prééminence de la liberté individuelle sur la communauté ou les biens communs sont bien documentés dans la littérature en éthique médicale.

Il simplifie à outrance :

Selon Callahan, la tendance réductionniste du principisme est un grave défaut. Parce qu'il ramène les enjeux éthiques à la spécification, gérable et axée sur les actions, d'un nombre limité de principes, le principisme exerce une « fonction de blocage ». C'est en quelque sorte une « réduction éthique » qui nous permet d'« amoindrir les ambiguïtés et les incertitudes qui constituent la plupart des problèmes éthiques graves » et qui « nous invite involontairement à cesser notre analyse morale à cette étape » (Callahan, 2003, p. 289, traduction libre) au lieu de développer une compréhension plus riche de la vie morale et de tout ce qu'elle comporte, y compris « les sentiments de sollicitude et les aspirations du devoir » (Tong, 2002, p. 419, traduction libre).

Le principisme est rigide et absolutiste

Cette objection, qui rejoint en grande partie celle qui accuse le principisme de simplifier à outrance, concerne la tendance à appliquer les principes de façon rigide, sans accorder suffisamment d'attention aux nuances et aux jugements individuels. Selon Toulmin, une « morale qui est entièrement basée sur des règles et des principes généraux est tyrannique et disproportionnée, et [...] seuls ceux et celles qui tiennent compte de façon équitable des différences individuelles subtiles comprennent correctement les exigences plus profondes de l'éthique » (Toulmin, 1981, p. 38, traduction libre). Cet auteur défend la casuistique, une approche ascendante et fondée sur des cas, qui s'inspire des similarités entre les jugements qui découlent de cas précis et qui s'attarde au particulier. Il affirme que les promoteurs du principisme font une erreur en utilisant les principes comme des axiomes à partir desquels, dans une « quête de certitude », ils tirent des déductions (Toulmin, 1981, p. 37, traduction libre). On peut dire que cela ne reflète pas la manière dont le principisme était censé être utilisé (Massé, 2003), mais cette critique s'adresse pleinement à ceux et celles qui l'utiliseraient de cette manière mécanique.

Il n'y a pas de lignes directrices et rien pour assurer une cohésion

Bien que le terme « principisme » serve aujourd'hui à présenter l'approche de façon neutre, il a été inventé dans un sens péjoratif par Clouser et Gert (1990) dans la première de leurs nombreuses critiques de l'approche des quatre principes. Abordant l'œuvre d'un point de vue très ancré dans la théorie, les auteurs affirment que le principisme ne possède pas suffisamment de fondements théoriques. À leurs yeux, comme le principisme ne comporte pas de « théorie morale qui lie les "principes" les uns aux autres, il ne peut servir de guide unifié pour l'action, lequel générerait des règles claires, cohérentes, exhaustives et précises en ce qui concerne l'action, ni de justification de ces règles » (Clouser et Gert, 1990, p. 227, traduction libre). D'autres soulignent que ces auteurs ont des attentes

différentes en matière de « théorie » morale et qu'ils ne peuvent que tirer des conclusions incompatibles concernant ce qui fonctionne ou ce qui est acceptable (p. ex., Davis, 1995), que ce soit sur le plan des fondements, des méthodologies, de la justification, etc. Les partisans d'une approche principiste ne prévoient ni n'attendent de consensus sur ce qui pourrait répondre à ces aspirations théoriques. Au lieu de débattre de ces questions, ils se concentrent (et comptent) sur les principes intermédiaires autour desquels un certain consensus semble déjà exister.

- L'éthique de la sollicitude ou éthique du care (C. Gilligan, A.-C. Baier)

L'éthique du care place au cœur de sa réflexion l'effet de nos choix et actions au quotidien, par opposition à des théories abstraites de la justice, élaborées à partir de principes. À l'origine, Carol Gilligan, collègue de Lawrence Kohlberg, critique son échelle de développement moral. En tentant de comprendre pourquoi les femmes ont tendance à se situer dans les stades inférieurs de cette échelle, elle développe une réflexion qui mène à l'éthique du care. De plus, les travaux du care sont largement attribués aux femmes dans la famille et la société, tout en étant marginalisés et dévalorisés. Gilligan veut redonner une importance et une considération à ces travaux à partir de son livre fondateur *Une voix différente*, paru en 1982.

Le mot « care » est parfois traduit par « sollicitude ». Mais cette traduction est contestée par les spécialistes comme Sandra Laugier et Patricia Paperman, car le sens de sollicitude selon elles ne rend pas assez compte de la dimension de travail dans le care. De même, elles refusent de traduire par « soin » pour ne pas réduire le care à une activité de la sphère privée à destination de certains types de personnes comme les malades ou les handicapés.

« Le care désigne l'ensemble des gestes et des paroles essentielles visant le maintien de la vie et de la dignité des personnes, bien au-delà des seuls soins de santé. Il renvoie autant à la disposition des individus – la sollicitude, l'attention à autrui – qu'aux activités de soin – laver, panser, reconforter, etc. – , en prenant en compte à la fois la personne qui aide et celle qui reçoit cette aide, ainsi que le contexte social et économique dans lequel se noue cette relation. »

Cette éthique féministe met au centre de l'expérience morale la dépendance et le souci de l'autre, plutôt que la liberté et le détachement. Ceci la place en opposition avec les conceptions kantienne et rationalistes de la moralité. Loin d'être des entités séparées, les individus dépendent des autres pour la satisfaction de besoins vitaux, ce tout au long de leur vie, même s'ils sont davantage vulnérables à certains moments comme lors de la jeune enfance ou en situation de maladie. Cette éthique part du quotidien, elle ne cherche pas seulement l'action correcte mais aussi le sentiment juste. Elle montre que les sentiments moraux des subalternes en général et des femmes en particulier sont des ressources morales ignorées.

Les théoriciennes du care soulignent l'importance de la justice et l'éthique la responsabilité à l'égard des personnes dépendantes et vulnérables, ainsi que le fait de prendre soin des autres.

Les valeurs morales de soin, d'attention à autrui, de sollicitude se trouvent souvent identifiées de prime abord par le sens commun comme étant spécifiquement féminines. L'éthique du care critique l'idée que certains traits de caractère typiquement associés aux femmes leur seraient naturels : compassion, souci de l'autre, dévouement, oubli de soi. Ces dispositions et attitudes ne sont pas propres aux femmes, mais socialement et culturellement distribuées.

Les groupes de travail

- Cerner ce qui relève de l'éthique et ce qui n'en relève pas : très souvent les participants ont échangé et posé des questions d'ordre déontologie, voire juridique sans que les situations relèvent de cas éthiques à proprement parler : en tant qu'aide-soignant, ai-je le droit de...? Que dit la loi sur ...? Il y peut ainsi y avoir confusion entre le flou qui peut exister aux frontières des périmètres professionnels et les dilemmes rencontrés dans les cas éthiques.

- Exemples de cas relevant plutôt d'une approche déontologique :
 - ✚ L'individualisation de la relation versus la distance nécessaire du professionnel : parfois, il est constaté une certaine familiarité et une trop grande proximité dans le langage (ex : des résidentes se font appeler « ma petite chérie », le tutoiement, etc....)
 - ✚ La bonne entente du personnel versus les règles professionnelles : les équipes d'hébergement peuvent oublier ponctuellement qu'elles sont en service lors des repas au restaurant et ne se parler qu'entre elles aux dépens des résidents.
 - ✚ La pose de caméras dans des chambres de résidentes (par leurs familles)
 - ✚ Aide à la prise de médicaments par du personnel non habilité
 - ✚ L'animation : les praticiens peuvent être confrontés à la culpabilité des familles qui souhaitent que leur proche participe aux activités alors que ces derniers ne le souhaitent pas systématiquement
- Enfin, nous avons rencontré quelques cas relevant plutôt de la gestion de crise
 - ✚ Une intrusion de l'extérieur avec agression a eu lieu dans l'établissement. Au-delà de l'enquête de police et des questions de sécurité interne, la question s'est posée de la communication à apporter (transparence versus rassurance)
 - ✚ Un cas de disparition inquiétante a eu lieu, la règle étant de prévenir la direction avant de s'absenter durablement.