

VIEILLISSEMENT : PASSER DE L'ETHIQUE A L'EXPERIENCE REFLECHIE

A PROPOS DE LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS AGES ET/OU CHRONIQUES EN UNITE DE SOINS INTENSIFS : L'ELABORATION PROGRESSIVE D'UNE « GRILLE » D'ETHIQUE CLINIQUE COMME EXPERIENCE DE CO-CONSTRUCTION ENTRE PROFESSIONNELS ET CHERCHEURS EN ETHIQUE

JACQUEMIN DOMINIQUE, NUTTENS OLIVIER ET COLL.¹

Dans cette contribution, nous aimerions mettre en évidence, à travers la relecture d'une expérience en éthique clinique, la capacité de professionnels, soutenus par une équipe de chercheurs en éthique, de s'approprier une grille d'analyse d'éthique clinique initialement structurée par des concepts éthiques et des questions d'ordre contextuel pour la reformuler, au regard de leur propre expérience clinique, en des termes proches de leur pratique. Cette démarche ouvre non seulement à une compréhension pragmatique de l'éthique mais également à une interrogation sur l'interaction réflexive entre professionnels et chercheurs en éthique.

Nous appuyant, entre autre, sur l'approche pragmatique telle que développée par Marc Maesschalck², il s'agira de montrer ici comment une démarche d'éthique clinique proposée initialement par une équipe de chercheurs en éthique a permis à des professionnels de transformer cette démarche, en la traversant d'une approche subjective inscrite dans les pratiques, pour en faire progressivement un apprentissage collégial de repérage et de formulation de décalages vécus dans les pratiques ; ces derniers devenant une modalité d'appréciation éthique des enjeux d'une pratique professionnelle traduite dans une grille d'éthique clinique « des décalages ». La contribution se structurera en quatre temps. Après avoir rappelé le contexte du travail conjoint entre cliniciens et chercheurs en éthique, la méthodologie à l'œuvre, nous proposerons une brève chronologie de la démarche en lien avec les thématiques progressivement appréhendées. Dans un troisième temps, nous nous arrêterons sur la notion même de « décalage » : son émergence, sa signification et la présentation de la grille en tant que telle. Après une première évaluation de cette dernière, nous essayerons d'indiquer, en conclusion, en quoi cette démarche conjointe peut ouvrir à une nouvelle compréhension de l'intervention éthique.

Contexte et méthodologie

Le séminaire « Ethique et réanimation » s'est mis en place fin 2006. Encadré par le Centre d'Ethique Médicale de l'Université Catholique de Lille (CEM), il regroupe des membres d'équipes de réanimation, tant belges (2) que françaises (4). Pour certaines de ces dernières, c'est une manière de prolonger une collaboration déjà ancienne avec le CEM, initiée dès 1995 par un groupe de réflexion éthique en lien avec le « Collège des Réanimateurs extra-

¹ Jacquemin Dominique et Nuttens Olivier appartiennent au Centre d'éthique médicale - Département d'éthique de l'Université Catholique de Lille - dominique.jacquemin@icd-lille.fr

Les autres collaborateurs à ce travail sont :

- Les équipes de soins intensifs du CH-Calais Demassieux P., Dherbomez A., Dynach S.
- Grand Hôpital de Charleroi : Blocteur A.-P., Demeyer J.-Ph., Gillard L., Herman B., Lust A.
- CHU Mont-Godinne : Bourtembourg M., Dive A., Gourdin E., Laloux V., Michaux I.
- Hôpital St Philibert-GHICL : Delobelle A., Vanderlinden Th.,
- CH-Maubeuge : Albert A., Joos W., Maufroy S., Werrebrouck-Mahaut M.
- CH-Roubaix : Blondeau E., Derce D., d'Heilly A., Loucheur O., Mendes N., Pasquet F., Sellam H., Vignozzi G.

² Maesschalck M., *Transformations de l'éthique. De la phénoménologie radicale au pragmatisme social*, Bruxelles, Bern, Berlin, Frankfurt am Main, New York, Oxford, Wien, Peter Lang, 2010, 278 p.

universitaires de la région Nord-Pas-de-Calais ». L'actuel séminaire a été mis en place par les chercheurs en proposant une double finalité aux équipes soignantes : leur apporter un soutien dans leur volonté d'inscrire localement la réflexion éthique au cœur des pratiques professionnelles et réfléchir à une thématique transversale renvoyant à un champ de recherches porté à cette époque par les chercheurs en éthique -la thématique du vieillissement- ; c'est essentiellement à cette deuxième dimension de la recherche que nous nous arrêterons ici.

En termes de méthode, et pour leur offrir un « outil » qu'ils puissent expérimenter sur base de situations de prise en charge de patients âgés, vécues difficilement du point de vue de l'éthique, le séminaire a clarifié quelque peu la notion d'éthique clinique, précisé les conditions de sa mise en place (principales difficultés, écueils à éviter, etc.) Ensuite fut présentée la méthode habituellement utilisée par le CEM pour accompagner des groupes d'éthique clinique, la mise en œuvre d'une grille d'analyse, nommée ici « la grille CEM »³. Cette grille cherche à déployer, a posteriori, la complexité d'une situation clinique tout en la contextualisant⁴. Elle ouvre à un chemin réflexif en cinq étapes : comprendre la situation et identifier ce qui pose problème d'un point de vue éthique, identifier où se joue la responsabilité dans le soin (confrontation à la souffrance, rapport aux normes, à la maîtrise, à tout ce qui sous-tend l'action), envisager l'ensemble des décisions possibles, argumenter un choix parmi ces possibles, considérer ce que le choix promeut en termes d'humanisation, d'autonomie de tous les acteurs et ce qu'il pose comme questions institutionnelles (créativité éthique).

Lors de chaque réunion, les chercheurs invitent d'abord à faire le point sur les démarches d'éthique clinique initiées entre chaque séance de séminaire par les équipes dans leur service respectif : partage des difficultés, des questionnements vécus par les équipes et premiers reculs réflexifs proposés par les chercheurs en éthique, particulièrement dans le registre de l'animation des équipes au regard de la grille proposée. Dans la seconde partie de la réunion, une équipe propose au groupe un cas clinique de prise en charge problématique de patient âgé, situation clinique initialement travaillée localement en équipe. Les cas cliniques sont présentés et discutés selon la méthode CEM évoquée précédemment. Pour guider la réflexion et ne pas perdre la dimension de recherche intéressant dès le départ l'équipe de recherche en éthique (en quoi la notion de vieillissement peut-elle être une catégorie à l'œuvre dans la clinique), il est proposé aux soignants de rester attentifs à quatre questions de nature transversale, comme un prisme de relecture seconde au cœur de la mise en œuvre de la grille d'éthique clinique :

- Le patient âgé, est-ce une réalité qui pose question dans les équipes ?
- En quoi la prise en charge de ce type de patients vient-elle bouleverser les repères habituels de l'action soignante ?
- Ces prises en charge posent-elles des questions éthiques particulières ?
- En quoi cela influence-t-il les pratiques professionnelles ?

Enfin, chaque réunion fait l'objet d'un compte rendu détaillé, rédigé par le CEM, reprenant l'essentiel des discussions. C'est un point de méthode clé : le groupe garde ainsi la trace de la réflexion opérée au fil des différentes séances. Chaque réunion commence par la lecture du compte rendu de la réunion précédente et le contenu est rediscuté par le groupe. D'un point de vue méthodologique, c'est un moment de validation de la réflexion. Il est demandé aux professionnels d'attester de la fidélité du compte rendu rédigé par les chercheurs. C'est par une relecture attentive des comptes-rendus que les chercheurs rédigent les « bilans intermédiaires ». La validation par les professionnels est là aussi essentielle car de la réunion

³ Cadore B., *L'éthique clinique comme philosophie contextuelle*, Québec, Fides, 1997.

⁴ Boitte P., de Bouvet A., Cobbaut J.-Ph., Jacquemin D., « Démarche d'éthique clinique », dans Hirsch E. (dir.), *Traité de bioéthique. I. Fondements, principes, repères*, Paris, Erès, 2010, p. 205-219.

au compte-rendu et des comptes-rendus au bilan intermédiaire, s'opère un « tamisage » progressif des réflexions, et l'enjeu est double : ne pas perdre pied avec les pratiques professionnelles et engranger du matériel réflexif à propos du thème de recherche, ici le vieillissement. Dans cet aller-retour entre les professionnels et les éthiciens, l'objectif est toujours de renvoyer aux professionnels les fruits d'une réflexion co-construite à partir de leur pratique, par le biais de cas cliniques vécus dans leurs services.

Chronologie de la recherche et thématiques traitées

Envisageons maintenant la chronologie de ce séminaire. L'enjeu de cette présentation vise moins à rendre compte de la structuration temporelle du séminaire en tant que telle que de la manière dont, progressivement et à travers le matériel commun de recherche (clinique et thématique de la prise en charge de patients âgés), la question de la subjectivité des professionnels fut progressivement mise au jour, au point de transformer la grille CEM utilisée.

Après quatre réunions tenues en 2007, le séminaire réalise, sur base d'un document de synthèse proposé par les chercheurs en éthique, un premier bilan intermédiaire, particulièrement au regard des questions transversales de départ. Certains points du texte font l'objet de discussions et réflexions plus poussées avec les cliniciens pour faire apparaître des « sous-thématiques » renvoyant au vécu des équipes et qui permettent de nommer ce qui bien souvent est problématique dans la prise en charge de patients âgés :

- la « durée » inhabituelle des prises en charge.
- la « lourdeur » des soins.
- La « qualité de vie » versus la « quantité de vie ».
- l'imaginaire de la vieillesse et de la dépendance.

Ce sont ces mêmes questions qui vont être abordées pendant une année (mars 2008-mars 2009). Durant cette période, davantage attentifs à ce qu'ils vivent comme difficultés dans la prise en charge des patients, les professionnels font progressivement émerger la notion de 'décalage' en se rapportant essentiellement à cette donnée de l'expérience, que ce soit dans la compréhension des difficultés ou la discussion qu'ils en construisent dans la relecture a posteriori, s'écartant progressivement d'un usage de la grille initiale CEM. En effet, au cours du séminaire, lors des discussions de cas cliniques, il est apparu que ce qui était problématique dans la prise en charge des patients, se formulait bien souvent sous la forme de 'décalages' multiples. De façon récurrente, on comprenait ou expliquait ce qui posait problème dans une prise en charge en identifiant qu'un des acteurs était 'en décalage'. A tel point qu'au moment d'écrire le deuxième bilan intermédiaire, en mai 2009, les chercheurs ont proposé une première synthèse relative à ce qu'ils comprenaient, eux, de cette notion de décalage.

Emergence de la notion de « décalage » et co-construction d'une grille

L'émergence progressive du terme même de « décalage » dans les comptes-rendus de réunions a fortement imprégné le travail de rédaction de la synthèse intermédiaire et constitua, dès lors pour les chercheurs en éthique, une opportunité d'appréhender comme une mutation de langage – et dès lors à une autre approche de la clinique, plus subjective – dont il a fallu comprendre ultérieurement les enjeux. Ce qui était au départ formulé par les éthiciens du CEM comme « *ce qui vient bouleverser les repères habituels de l'action soignante* » ou

comme « *ce qui est de nature à déplacer les professionnels de leur rapport habituel à l'action* », est formulé par le groupe lors des analyses de cas sous le terme de « décalages ». Ce terme provient du discours des professionnels ; il n'a pas été introduit par les chercheurs en charge du séminaire. Ce terme « décalage » renvoie à des réalités très différentes que nous

avons identifiées en trois catégories :

1. Une première grande catégorie de décalages se repère lorsqu'un des acteurs de la situation n'a pas une perception juste du patient, et qu'il y a donc un décalage entre la perception du patient par un des acteurs et la « réalité » du patient au temps X, que ce soit son état de santé, ce qu'il veut, etc.
2. Le décalage peut ensuite se situer justement dans la différence de perception entre les acteurs, comme par exemple entre personnel infirmier et personnel médical. Ce constat renvoie à une autre question : comment expliquer qu'avec ce type de prise en charge, on voit apparaître des décalages de perception entre acteurs ?
3. Autre catégorie de décalage : lorsque le patient et sa prise en charge sont en décalage avec le lieu « soins intensifs » et l'imaginaire qui lui est attaché. Conjointement apparaissait une autre problématique : est-ce que la mise à jour de ces décalages par rapport au lieu « soins intensifs » aide à comprendre ce qu'il y a de problématique dans la prise en charge des patients âgés ?

Ces trois catégories ont permis d'affiner la problématique : de quel décalage parlons-nous ? Qui est en décalage ? Par rapport à quoi ? Par rapport à qui ? Progressivement, le groupe en est venu à structurer de façon plus cohérente la thématique du décalage en trois points qui reprenaient en partie le découpage proposé dans le document de synthèse intermédiaire. Pour les cliniciens, il semblait que tout ceci pourrait prendre la forme d'une grille qui serait en quelque sorte un outil d'analyse de cas cliniques axé sur la notion de décalage. C'est aux chercheurs du CEM que le groupe a confié la mission de proposer un premier projet de grille. Suite à la présentation de sa première ébauche, les équipes ont décidé de l'expérimenter dans leur service lors de discussions « à chaud », autrement-dit au moment où le problème se pose dans le service. L'enjeu était de vérifier, par l'expérience, si cette grille d'analyse éthique était utile aux équipes lorsqu'elles font l'expérience d'un décalage vécu dans la prise en charge d'un patient âgé. Ou, pour le formuler autrement, cela permet-il aux membres d'un service de passer de l'expérience subjective à l'analyse critique d'une situation ? Actuellement, nous sommes dans une période de test de cette grille, que ce soit pour l'analyse de situation *a posteriori* ou dans des situations vécues comme difficiles dans la pratique quotidienne d'une équipe ; nous y reviendrons au terme de cette contribution.

Présentation de la grille

Cette grille n'est pas d'abord ce qu'on pourrait appeler une grille décisionnelle, même si c'est l'usage qu'en font actuellement certaines équipes, que ce soit dans une lecture *a posteriori* de situations cliniques ou comme aide réflexive dans des situations « à chaud ». Elle se présente avant tout, dans sa dimension de co-construction durant la démarche du séminaire, comme un outil de contextualisation, d'identification de ce qui, à un moment de la prise en charge d'un patient âgé, est expérimenté comme posant problème, sans que le problème ait été directement identifié dans le registre de l'éthique.

1. Décalage relatif à la perception du patient par un des acteurs de la situation

- **Qui ?** Quel acteur semble être en décalage par rapport au patient, son état de santé, ses perspectives d'avenir,...
- **Par rapport à quoi ?** Quelle est la nature exacte du décalage ?
- **Pourquoi ?** Comment expliquer le décalage qui a été identifié ? Quelles sont les raisons de son apparition ?
- **Influence de l'imaginaire social :** tâcher de déterminer dans quelle mesure la perception que l'on a du patient est déterminée par un imaginaire de la personne âgée ou du lieu « service de réanimation ».
- **Enjeu de fond :** une capacité d'être « en phase » avec le patient et veiller à ce qu'il reste au centre du soin. Ne pas perdre de vue que la perception que l'on a du patient est intrinsèquement subjective et que personne ne peut donc se prévaloir d'avoir une vision objective du patient. Ce dernier étant bien souvent le mieux placé pour par exemple, juger de sa qualité de vie.

2. Décalage de perception entre deux acteurs de la situation

- **Quels acteurs ?** Quels sont les acteurs dont les différences de perceptions rendent la prise en charge problématique ?
- **Par rapport à quoi ?** Sur quoi porte le décalage ?
 - Temporalité
 - Corps
 - Souffrance
 - Qualité de vie
 - Pronostic
 - Objectivité-subjectivité
 - ...
- **Pourquoi ?** Comment expliquer le décalage qui a été identifié ? Quelles sont les raisons de son apparition ?
- **Influence de l'imaginaire social :** tâcher de déterminer dans quelle mesure la perception que l'on a du patient est déterminée par un imaginaire de la personne âgée ou du lieu « service de réanimation ».
- **Enjeu de fond :** se trouver dans une capacité de nommer le contenu du décalage, d'en rendre compte, et d'ainsi se donner la possibilité de passer du « ressenti » à l'argumentation.

3. Décalage entre le patient et le lieu « service de réanimation »

- Le décalage peut être plus fondamentalement entre le patient, la prise en charge réclamée par son état de santé et le lieu « service de réanimation ». On peut avoir le sentiment, à l'admission ou en cours de séjour, que le patient n'a pas ou n'a plus sa place dans un service de réanimation. Formulé autrement, le service de réanimation n'est pas le lieu adapté à la situation du patient.
- **L'imaginaire du lieu « soins intensifs » :** porté par qui et traduit comment ? En quoi la prise en charge de ce patient est en décalage avec l'imaginaire du lieu ? La perception que l'on a du patient n'est-elle pas elle aussi influencée par un imaginaire ? En quoi tout ceci influence-t-il concrètement la manière dont on envisage la prise en charge du patient ? Si influence il y a, il convient de se demander si l'on est en phase ou non avec la réalité du patient et la réalité du service.

- **Le mandat et la responsabilité du « lieu soins intensifs – réanimation » en tant que tels :** est-il possible d'expliciter et d'argumenter en quoi la prise en charge du patient ne relève pas du mandat et de la responsabilité d'un service de réanimation ? De façon plus générale, est-il possible de définir le contenu et les limites de la mission d'un service de réanimation ?
- **Quelles alternatives possibles ?** Si le service de réanimation ne semble pas le lieu adapté à la prise en charge du patient, vers quel autre type de structure l'orienter ? Que faire s'il n'y a pas d'autre lieu capable d'assurer la prise en charge ? S'il y a impasse institutionnelle, quels enseignements tirer du point de vue de l'organisation des soins de santé ?
- **Techniques et thérapeutiques propres au lieu soins intensifs et réanimation :** comment aborder les questions liées à la mise en route, la limitation et l'arrêt de traitements dont on sait qu'ils ne pourront faire l'objet d'un suivi dans les autres services ?
- **Admission limitée :** la notion d'admission limitée est-elle une manière possible ou non pour les équipes d'aborder de façon explicite, tant pour la famille que pour l'équipe elle-même, les décalages déjà présents ou anticipés et de viser ainsi à les réduire ? Est-il possible par l'admission limitée de prendre en charge le patient tout en veillant à une cohérence du lieu ? Est-ce envisageable, défendable, tenable ?

Tout d'abord, rejoignant une visée résolument pragmatique, les professionnels ont construit une grille de relecture des pratiques dans une certaine gradualité, en trois temps permettant progressivement l'élargissement du questionnement éthique en lien avec une contextualisation des éléments pouvant poser problème. Nous pourrions dire que « la grille » propose une modalité de questionnement partant de l'acteur : qu'est-ce qui **me** pose question à moi, à moi en lien avec le patient et son entourage ? Qu'est-ce qui me pose question en lien avec d'autres acteurs de la situation ? Qu'est-ce qui me pose question en lien avec l'unité de soin et sa dimension technique ? Reposant sur la notion de « décalage », cette grille, initialement vécue par un ou des acteurs singulier(s), atteste ensuite une capacité des équipes à élaborer, avec des chercheurs en éthique, un outil réflexif issu de la relecture de situations de soins de patients âgés ayant posé problème du point de vue de l'éthique. L'abandon progressif de la grille CEM pour cette nouvelle modalité de questionnement autour de la notion de « décalage » vécu indique certes la capacité de la grille initiale à susciter -dans une certaine durée du compagnonnage réflexif- une réelle appropriation de la démarche éthique par les professionnels pour qu'ils puissent, ultérieurement, établir un outil réflexif correspondant davantage à certaines modalités de prises en charge de patients posant problème d'un point de vue éthique. C'est donc bien dans la clinique comme pratique et lieu réflexif que s'inscrit cette transformation. Chaque étape de la grille ouvre à plusieurs questions qui ont généralement été évoquées dans la discussion des situations cliniques proposées à l'analyse tout au long des séances de séminaire. C'est avant tout leur aspect récurrent qui a invité les équipes à les identifier comme des questions incontournables, renvoyant à des éléments de contexte généralement à l'œuvre et insuffisamment nommés.

Avant d'envisager la créativité éthique déployée par les différentes équipes de professionnels, arrêtons-nous sur la notion-même de décalage mise en évidence et revisitée par cette grille dans ses trois étapes. Cette notion de « décalage », si elle renvoie certainement à une expérience de « routine » -celle de se sentir décalé, pas tout-à-fait adéquat-, fréquente de la part des soignants, il importe de se rendre compte que l'usage de ce mot fut ici conscientisé, thématiqué pour acquérir progressivement une signification résolument éthique. Si le mot « décalage » n'est pas en lui-même un critère spécifique de l'éthique, il s'avère cependant

capable de signifier où et en quoi se joue l'éthique dans certaines situations de soins, particulièrement dans le rapport à l'action du soignant. Le mot lui-même atteste de déplacement des acteurs au cours des différentes séances du séminaire : déplacements professionnels relatifs à la prise en charge de patients âgées autant qu'expérience subjective des soignants⁵ porteurs d'une dimension éthique qu'ils n'ont pas su nommer dans un premier temps mais qui est apparue, par l'accumulation des récits, comme constitutive des pratiques. L'expérience d'être « décalé » par rapport au lieu des soins intensifs, ses finalités, son mode opératoire, la durée habituelle de séjour, cela est devenu la qualification éthique du « malaise » : éprouver une distance entre la manière habituelle de faire (une visée du bien) et la prise en charge de ce type de patients.

En termes de méthode, le qualificatif transversal de la grille s'appuie donc sur une expérience vécue des soignants -celle d'être décalé- pour finalement être qualifié comme un critère éthique permettant une relecture des pratiques professionnelles, soit en équipe, soit à titre individuel, renvoyant à l'importance de la notion de groupe comme lieu possible d'émergence d'une nouvelle pensée⁶. Ce terme est enfin significatif de ce que représente une démarche d'éthique clinique en tant que telle puisqu'elle peut être ici assimilée à une « expérience de nomination » de ce qui est éprouvé, tant individuellement que collectivement, expérience repérée par la répétition du terme dans les divers comptes-rendus des séances de séminaire et proposé, par les chercheurs en éthique, comme un concept opératoire de relecture de situations cliniques posant problème du point de vue éthique. La validité du concept résulte donc d'une co-construction entre équipe soignante et chercheurs : un mot repéré dans les récits des équipes, proposé comme interprétatif de la difficulté vécue, puis pensée comme une question éthique, et enfin réapproprié par les équipes soignantes pour la lecture ultérieure de situations où des décisions sont à prendre. En ce sens, le terme de décalage renvoie à la fois à une capacité nouvelle d'élaborer un sens de compréhension de l'action et à une nouvelle manière de se rapporter à l'action professionnelle en référence au concept même de décalage porteur d'une autre capacité de mettre en œuvre l'action⁷.

Première évaluation

Ces quelques éléments descriptifs de la grille étant posés, nous aimerions examiner maintenant comment la démarche du séminaire, travail critique conjoint de soignants et de chercheurs en éthique, conduit ces derniers à une créativité éthique pour les uns, à une réflexion critique renouvelée pour les autres, particulièrement au regard de la méthode réflexive proposée aux diverses équipes durant ces trois années de séminaire.

La grille comme « nouvel outil » à réfléchir

Tout d'abord, du point de vue de notre méthode en éthique clinique⁸, cette grille semble être une belle illustration de l'aller-retour possible, tant clinique que réflexif, entre des cliniciens issus de différentes institutions hospitalières et une équipe de recherche en éthique, ce fait indiquant que la démarche et les enjeux éthiques ne se donnent pas a priori mais s'élaborent dans une démarche conjointe nécessitant du temps et une attention à la signification de ce qui

⁵ Nortveldt P., *Sensitive judgment*, Tano Aschehoug, 1996, p. 98ss.

⁶ Maesschalck M., *op. cit.*, p. 61-62.

⁷ « Ce double décentrement met en évidence deux aspects nécessaires des processus d'intervention éthique : la co-élaboration du sens comprise comme forme de coopération intellectuelle et la gouvernance de l'intervention comprise comme forme d'engagement collectif. », Maesschalck M., *op. cit.*, p. 235.

⁸ Boitte P., Cadore B., Jacquemin D., Zorrilla S., *Pour une bioéthique clinique*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 2003.

se trouve au cœur de l'expérience et de la réflexion⁹. Sur base d'une grille d'analyse utilisée en éthique clinique, nous avons procédé comme à l'habitude par l'exposé de récits de situations cliniques généralement préparés et discutés dans les services respectifs puis proposés à la discussion du groupe : nous rencontrions ainsi notre objectif « pédagogique », celui de soutenir la mise en œuvre d'une démarche d'éthique clinique dans les différentes unités de soins intensifs issus de différentes institutions hospitalières et d'envisager le groupe du séminaire comme un lieu de soutien réflexif et d'analyse seconde pour les différentes équipes concernées. Dans cette dynamique de co-construction, c'est, nous l'avons vu, le travail des chercheurs qui a permis de repérer et de mettre au jour la notion de « décalage » souvent évoquée dans les récits et de proposer ce terme à la validation du groupe comme pouvant être un critère transversal, tant pour nommer la difficulté éprouvée par les participants dans leur travail, que pour qualifier la dimension éthique du questionnement : les valeurs en jeu (les points d'appui de réflexion éthique) sont l'objet même du décalage expérimenté. Cette démarche de validation par le groupe fut donc avant tout discursive : partant de leur expérience, de leur vécu du décalage, nous leur avons demandé si, implicitement, ce sentiment n'était pas le reflet d'une inadéquation par rapport à la visée du bien qu'ils tentaient par ailleurs de poursuivre au cœur de la prise en charge des patients. Et c'est en relisant les comptes-rendus de séances antérieures que nous sommes parvenus, ensemble, à acquiescer à cette hypothèse : le décalage n'est pas simplement organisationnel, psychique car il traduit conjointement une sorte d'inadéquation vécue dans la visée du bien au cœur de l'action.

En termes de méthode et de pédagogie, ce processus dit quelque chose de la reconnaissance d'une créativité éthique des professionnels : de vécue (expérience d'un décalage) à sa nomination (le décalage par rapport à une visée du bien nommée), le professionnel s'expérimente capable d'appréhender avec d'autres une analyse critique, de la valider et de retourner à cette même pratique du soin, porteur d'une grille de lecture qu'il a lui-même construite et « intégrée » comme sienne. Non seulement, en termes d'équipe, l'expérience est faite de pouvoir identifier les choses, les difficultés rencontrées, d'être capable de les interpréter dans le registre de l'éthique et de retourner vers les mêmes pratiques, enrichis d'une autre perception de la réalité, « démentalisée » comme le dit M. Maesschalck¹⁰. Il y a donc une réelle dimension d'aller-retour entre clinique, questionnement critique et retour à une clinique « transformée », pour autant que la démarche soit soutenue dans le temps. On assiste de la sorte à une auto-transformation de la compréhension des acteurs par eux-mêmes : en même temps qu'ils parviennent à nommer adéquatement les enjeux d'une difficulté vécue par la médiation d'un tiers -ici, la grille progressivement co-construite comme instrument de recul critique-, ils s'attestent, par leur propre effort de réflexivité, comme des sujets critiques, éthiques au cœur de ces mêmes pratiques professionnelles.

Les 3 étapes de la grille en consonance avec une compréhension de l'éthique

Si nous nous arrêtons maintenant à la dimension tripartite de la grille, il est intéressant de noter que, sans que nous l'ayons recherché, cette dernière correspond assez bien à la

⁹ « Autrement dit, l'enjeu est de déterminer sur quels fondements s'appuyer pour promouvoir une éthique attentive à la particularité des souffrances vécues et aux déplacements des affects qu'exige toute forme d'intervention visant à instaurer une recherche commune de solution. », Maesschalck M., *op. cit.*, p. 97.

¹⁰ « Une telle conception de l'apprentissage amène à se focaliser sur deux exigences pragmatiques précédemment laissées de côté. La première concerne les conditions de transformation des compétences des acteurs. Elle consiste à prendre en compte la manière dont les structures participatives déterminent l'engagement des acteurs individuels. La seconde concerne la production de règles susceptibles de garantir la survie des engagements collectifs. Elle consiste à démentaliser le rapport aux normes d'actions en construisant les conditions d'une gestion collective de leurs ajustements. », Maesschalck M., « Les enjeux politiques de l'apprentissage collectif de l'éthique », in Bordeyne Ph., Thomasset A., (dir.), *Les communautés chrétiennes et la formation morale des sujets*, *Revue d'éthique et de théologie morale*, 251, Hors série n°5, 2008, p. 71-72.

définition que donne de l'éthique P. Ricœur lorsqu'il la qualifie de « visée du bien pour soi et pour autrui dans des institutions justes »¹¹. Si cette analogie entre la structuration de la grille et une certaine compréhension de l'éthique a peut-être été induite par les chercheurs en éthique, elle dit a minima le type de réflexion éthique mené dans ce séminaire. En ce sens, si cet étayage correspond d'abord à ce qui a été élaboré dans la relecture des récits -décilage par rapport au patient par un acteur, entre deux acteurs, et par rapport au lieu-même des soins intensifs (on reste bien dans les pratiques)-, il est intéressant de remarquer que l'usage de la grille, tel qu'il est actuellement rapporté par les membres du séminaire, renvoie à une certaine compréhension de l'éthique et à différents niveaux de mise en œuvre de l'éthique clinique : elle peut se faire seul (point 1) ou en équipe (point 2 et 3) et de manière plus instituée (groupe d'éthique clinique). Ceci est important à repérer du point de vue de la méthode : l'éthique clinique vise à la fois une dimension individuelle -le praticien réflexif à qui sont offerts des outils pour mieux se comprendre- et une dimension collective visant à une amélioration des pratiques, même si la troisième partie de la grille visant une approche plus réflexive à distance de l'immédiateté des pratiques reste plus difficile.

L'organisation de la grille en trois parties semble être porteuse, sans qu'on ne l'ait cherché non plus, d'un élargissement progressif du questionnement -moi, le rapport à l'autre, l'unité de soins- et de l'appréhension subjective de la situation à une compréhension davantage objectivée par le recul critique et le passage à l'argumentation. Et c'est ici que la référence implicite à P. Ricœur peut s'avérer significative : la place laissée au « Je-Tu-Il » trace une certaine complétude de la grille co-construite entre soignants et chercheurs dans la mesure où elle concerne conjointement la dimension personnelle, interpersonnelle et institutionnelle de ce qui peut poser question dans la prise en charge d'un patient, permettant également à une certaine temporalité de se déployer pour appréhender et mettre en mots les différents niveaux de questionnement ouverts par cet outil réflexif.

Une autre qualification de l'éthique se trouve implicitement à l'œuvre : en situant la notion de « décalage » par rapport aux personnes (patient, soignants, équipe), la grille favorise avant tout le dialogue entre les différents intervenants de la prise en charge du patient et permet d'identifier la place, le rôle de chacun dans la difficulté éprouvée. Elle situe donc la démarche éthique dans une dynamique de dialogue laissant place aux subjectivités¹², qu'il s'instaure entre les différentes personnes concernées ou de manière plus institutionnalisée dans une démarche d'éthique clinique : la grille renvoie à une éthique appréhendée comme une herméneutique de l'action et une communication argumentée au mieux.

Enfin, cette structure tripartite de la grille peut également ouvrir à un questionnement relatif à un triple niveau de responsabilité dans son appropriation pour celles et ceux qui participent au séminaire : le point 1 renvoie à un niveau singulier de responsabilité, celui des personnes individuelles, le point 2 renvoie essentiellement à une capacité de se parler en équipe, tandis que le point 3 ouvre davantage à des questions de responsabilité institutionnelles -la notion d'institution juste-, questions que les professionnels ne peuvent porter à eux seuls mais dont ils ont la responsabilité de les relayer, d'une manière la plus argumentée possible, à celles et ceux qui, de par leur fonction, peuvent être acteurs de changement au cœur de l'institution. On trouverait donc ici comme un triple niveau de sollicitation dans la créativité éthique des professionnels, trois niveaux d'engagement possible laissant place à ce qu'il est convenu d'appeler une gradualité morale¹³.

¹¹ Ricœur P., *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990.

¹² Jacquemin D., L'éthique au risque d'une objectivation rationnelle, *Médecine Palliative*, 2011 (à paraître septembre), p. 1-2.

¹³ Thévenot X., « Spécificité de la morale chrétienne », *Compter sur Dieu*, Cerf, Paris, 1992, p. 29-33.

Conclusions : une grille à éprouver et à évaluer

Ces quelques enjeux posés, nous aimerions maintenant tenter une évaluation provisoire de cette grille comme outil réflexif, que ce soit au regard de son utilisation par les équipes participant au séminaire ou, plus largement, au regard des défis posés à une équipe de chercheurs en éthique. Nous sommes en effet dans une période d'évaluation et de validation de la pertinence de cet outil au sein des équipes participant au séminaire par sa mise à l'épreuve dans leurs unités de soins respectives.

Elaborée à partir de l'expérience des professionnels et cherchant à rejoindre leur propre langage, la grille pose des questions simples (qui ? ; quoi ? ; pourquoi ?) permettant assez facilement un repérage de ce qui pose question dans le « décalage » éprouvé à titre individuel ou collectif. En ce sens, la question d'élaboration de départ (patient âgé) ne semble pas significative car ce type de questionnement ainsi que les catégories réflexives proposées sont facilement généralisables à d'autres types de prise en charge, ce que le groupe a lui-même confirmé. Elle offre des points d'attention simples (corps, temps, souffrance, qualité de vie, technique, imaginaire...) ; ces points d'attention sont revenus régulièrement dans la relecture de cas et sont confirmés dans les lectures ultérieures de récits cliniques. On peut donc présupposer que leur dimension répétitive devrait conduire à une sorte d'habitus d'un questionnement éthique dont on aurait, individuellement et collectivement, repéré les enjeux, les points d'appui. Enfin, on peut noter que cette grille rejoint deux dimensions habituellement prises en compte dans notre démarche d'éthique clinique : la prise en compte d'une situation singulière et sa contextualisation progressive (ici : notion d'imaginaire social et statut de l'exercice de la médecine dans un univers technique, organisation des soins), permettant une appropriation dans le temps de la complexité d'une interrogation éthique.

En l'état actuel, la grille est utilisée sous différentes modalités. Remarquons tout d'abord qu'elle est utilisée pour bien d'autres situations que la prise en charge de patients âgés et/ou chroniques, même si c'est bien souvent la durée d'un séjour et son apparente « inefficacité » qui restent le motif initial du questionnement. Quant à l'utilisation de la grille comme telle, elle se trouve tout d'abord partiellement présentée et utilisée dans sa première partie, permettant de la sorte une discussion informelle entre soignants à propos d'une situation difficile ; même si cette approche reste partielle en termes d'enjeux de questionnement, elle atteste peut-être de l'existence d'un « outil » commençant à faire partie d'une culture de service. Certaines unités de soins s'y réfèrent formellement dans leur propre démarche d'éthique clinique, poursuivant dans leur service une visée pédagogique de formation à la démarche d'éthique clinique. Une présentation simplifiée de la grille et de ses enjeux vient d'être proposée par deux médecins faisant partie du séminaire ; cette dernière devrait contribuer à une diffusion plus large de l'outil, déjà illustré par de nouvelles situations cliniques¹⁴, afin de vérifier la capacité d'appropriation de ce type de réflexion par des équipes soignantes n'ayant pas participé à l'ensemble du processus de co-construction de la grille.

On notera surtout un passage significatif, celui de l'utilisation de la grille pour des situations « à chaud » alors qu'elle fut élaborée dans le cadre habituel de notre pratique d'éthique clinique centrée sur une relecture a posteriori - donc « à froid » - de situations cliniques posant question du point de vue de l'éthique. Ce passage signe tout d'abord l'appropriation d'usage d'un outil élaboré dans une co-construction avec des chercheurs qui, d'une certaine manière, ne peuvent plus imposer une méthodologie unique de questionnement éthique bien qu'ils aient à garder une certaine vigilance de relecture avec les équipes se rapportant à cet

¹⁴ Vanderlinden.Thierry@ghicl.net – gilles.vignozzi@ch-roubaix.fr

outil à « chaud », c'est-à-dire en situation de crise : qu'est-ce que cela modifie dans la compréhension et la mise en œuvre d'une interrogation éthique dans une unité de soins ? Ce passage du « froid » au « chaud » atteste également de la nécessité d'une certaine efficacité, d'une opérationnalité de l'éthique. Il semble en effet que les équipes soignantes ne peuvent indéfiniment rester dans le cadre expérimental d'un séminaire dont ils ont à rendre compte en termes d'utilité à leurs propres équipes ; l'utilisation de la grille dans l'immédiateté de certaines situations peut en devenir une modalité. Enfin, ce passage méthodologique atteste de la pertinence de l'outil qui se révèle opératoire au cœur de la clinique, même si nous sommes convaincus que sa troisième partie restera l'objet d'une relecture essentiellement a posteriori de la situation éprouvée comme difficile. En ce sens, la grille continuerait à inviter les équipes à une dynamique de relecture de processus décisionnels et au maintien d'une dynamique d'éthique clinique comme une validation en interne de l'usage « à chaud » de cette grille.