Dans l'ordinaire de l'aide et du soin : la prudence éthique

Livia Velpry, Pierre Vidal-Naquet

▶ **To cite this version:**

Livia Velpry, Pierre Vidal-Naquet. Dans l'ordinaire de l'aide et du soin : la prudence éthique. Revue française d'éthique appliquée, 2019, La mort de l'éthique ?. hal-02283104

HAL Id: hal-02283104
https://hal.science/hal-02283104

Submitted on 10 Sep 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Dans l'ordinaire de l'aide et du soin : la prudence éthique.

Livia Velpry
Maitresse de Conférence
Université Paris8-St Denis, CERMES3

Pierre A. Vidal-Naquet,
Sociologue,
CERPE, associé au Centre Max Weber, Lyon

Pré-print avant épreuves de l'article paru dans la revue Française d'Ethique Appliquée, 2019/1, n°7

Les questions éthiques en matière de santé semblent être surtout prises en charge aujourd'hui par des instances de délibération *ad hoc* à l'échelon national ou international. De telles instances examinent en effet les grands enjeux de société posés par les progrès scientifiques et techniques dans un contexte de pluralisation et de mutation des attentes sociales. Qu'ils soient saisis par des tiers ou qu'ils s'auto-saisissent, ces comités pluridisciplinaires contribuent à porter l'éthique dans les questions de société de plusieurs façons. D'abord, en soulevant les différentes philosophies morales à l'aune desquelles ces questions méritent d'être traitées ; ensuite en rendant ces philosophies publiques et en favorisant ainsi le débat démocratique ; en produisant enfin des avis destinés à éclairer les dilemmes que peuvent poser les situations problématiques. Le travail de ces comités alimente aussi les dispositions destinées à orienter de façon plus ou moins ferme les pratiques sociales, de la promulgation de lois et de règles de droit impératives, jusqu'à la production d'un droit dit « souple » (Conseil d'Etat, 2013) au travers de recommandations, de référentiels, de guides, de chartes ou de standards juridiques dont la force d'obligation est limitée. Ces avis ont donc une fonction indicative : à charge pour les acteurs sociaux de les intégrer dans leur activité.

Nous proposons dans cet article d'examiner, dans le champ sanitaire et médico-social, la façon dont les acteurs sociaux se saisissent et surtout aménagent ces orientations éthiques. D'une part en effet, leurs interventions doivent concilier les éventuelles contradictions liées aux orientations éthiques elles-mêmes, d'autre part, les situations concrètes conduisent ces

acteurs à procéder à des arrangements qui sont constitutifs de l'« éthique de situation » (Hennion, Vidal-Naquet, 2015).

Les orientations éthiques peuvent en effet s'avérer contradictoires. Dans cet article nous retiendrons principalement la tension qui peut exister entre, d'une part, l'impératif d'autonomie et de liberté promu par la démocratie sanitaire et, d'autre part, l'impératif de protection et/ou de sécurité auquel doivent se soumettre les acteurs de l'aide et du soin. Les professionnels sont mis à l'épreuve lorsque ces deux impératifs ne peuvent être tenus ensemble, soit parce que les personnes semblent aller à l'encontre de leurs propres intérêts, soit parce qu'elles ne parviennent pas à les exprimer (Velpry, Eyraud, Vidal-Naquet, 2018).

Mais il y a plus. En effet, les règles éthiques ou même juridiques ne sont jamais directement appliquées dans l'ordinaire des pratiques quotidiennes. Elles ne peuvent « par nature, entrer dans les détails du travail et résoudre l'ambiguïté intrinsèque de l'action » (Brodwin, 2013, p. 187). C'est dans l'action concrète que s'actualisent, positivement ou négativement, les principes éthiques. Or, au moment de "faire", ou de se demander "comment faire", surgissent des interrogations éthiques qui débordent de ces règles, voire même qui s'y opposent, comme cela est le cas par exemple du « travail de contrainte » en milieu gériatrique (Lechevalier Hurard, 2013).

Par ailleurs, les acteurs sociaux se doivent aussi de tenir compte d'autres dimensions de leur travail, telles que les contraintes économiques, organisationnelles, ou encore administratives, qui ne se présentent pas – *a priori* du moins – comme relevant de l'éthique. La conciliation de ces dimensions amène ainsi les protagonistes d'une situation à procéder à une multitude de petites accommodations. En ce sens, « l'éthique au quotidien émerge, par définition, sur la toile de fond de la pratique ordinaire » (Brodwin, 2013, p.29). Amenés à composer entre le « désirable et le possible » (*ibid.*)[1] quand ils s'interrogent sur la dimension morale de leur action concrète, les acteurs sociaux « éthicisent » leur pratique et contribuent ainsi à fabriquer l' « éthique de situation ».

[1] L'éthique au quotidien - notion proposée par Pour Paul Brodwin dans son ethnographie de l'activité d'un service de soins en santé mentale aux Etats-Unis – émerge dans le cours de cet arbitrage, sous la forme de « commentaires sur le vrai et le faux, l'obligatoire et l'interdit, ou encore la légitimité du pouvoir professionnel ». Cette éthique est toujours située, non seulement dans des circonstances spécifiques, mais aussi dans l'histoire particulière des structures et institutions où elle apparaît.

Pour rendre compte de ce travail de composition, nous proposons de nous focaliser sur deux situations, afin de déplier, à deux moments différents, l'activité éthique des acteurs sociaux impliqués. Un incident est à l'origine du premier cas. Nous examinerons les enjeux éthiques et leur difficile combinaison dans les justifications exprimées *a posteriori* par les acteurs co-présents dans la situation. Dans le second cas, l'activité éthique est inscrite dans le travail de l'équipe et nous décrirons comment les règles fabriquées dans l'encours de l'action sont considérées comme moralement incertaines et par conséquent en permanence révisables[2]. Dans ce contexte d'incertitude sur ce qu'il convient de faire, c'est probablement par la délibération, qui rappelle la prudence aristotélicienne (Aubenque, 2008), que peut être contrôlée et régulée une éthique qui se fabrique au croisement de multiples arrangements.

1-L'encastrement des exigences éthiques

L'extraction des questions éthiques de l'ordinaire des pratiques professionnelles est généralement provoquée par un dysfonctionnement, une anomalie, une résistance quelconque. En l'absence d'événements, l'éthique n'émerge ni comme question, ni comme modalité particulière de l'intervention. Une toilette correctement faite n'est généralement pas décrite comme une « toilette éthique ». C'est plutôt lorsque des incidents se produisent et que le travail paraît mal fait ou contrevient aux normes habituelles, que peut s'ouvrir le champ des interrogations éthiques. Cette ouverture peut être portée par des tiers qui observent la scène ; mais aussi par l'opérateur lui-même qui, devant des situations difficiles ou impossibles, ne pouvant suspendre l'action, se résout malgré tout à agir à l'encontre de ses propres valeurs. Pour évaluer la qualité de l'action, suite à une insatisfaction ou une critique, les divers principes et règles qui cadrent l'action sont convoqués. Or, nous voudrions montrer que les professionnels ne peuvent adosser leurs pratiques de façon éthiquement fiable à un tel cadrage, en raison de sa très grande polymorphie.

[2] Ces deux exemples sont analysés et traités plus en détail dans Velpry L., Vidal-Naquet P., Eyraud B. (2018).

Le cadrage pluridimensionnel à l'épreuve d'un incident

L'incident que nous nous proposons maintenant de commenter se produit dans un Foyer de Vie qui accueille des adultes souffrant de déficiences intellectuelles et de troubles du comportement. Ce Foyer se trouve à proximité d'un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) qui accueille des personnes handicapées qui ont de surcroît, besoin d'une assistance médicale. Depuis quelques années, les acteurs qui participent au fonctionnement de ces deux établissements se sont diversifiés. Initialement principalement médical, le personnel s'est enrichi ensuite d'éducateurs spécialisés. Logique médicale et logique socio-éducative se superposent et parfois se concurrencent. En parallèle, d'autres acteurs, jusque là peu présents, tendent à faire entendre leurs voix dans l'institution. Ainsi en est-il des résidents et de leur famille, d'une mandataire de justice ou encore d'une qualiticienne qui veille à la qualité de l'accompagnement. A l'origine principalement médical, le cadrage de l'action des professionnels est aujourd'hui pluridimensionnel et s'actualise au travers d'un ensemble de règles, écrites ou non écrites, qui invitent les professionnels à se soucier d'une part, de la protection des résidents, de leur sécurité et de leur bien-être et d'autre part, de leurs libertés et de leur autonomie. Tels sont deux des grands principes éthiques censés orienter le travail des professionnels.

Conformément à cette orientation, l'usage de la contrainte à l'égard des résidents est pour l'essentiel proscrit, même pour assurer leur sécurité. Si malgré tous leurs efforts pour l'éviter, les professionnels ont recours à la contrainte, ils doivent alors se soumettre à un protocole préalablement défini.

C'est dans ce contexte que survient un incident dont nous avons suivi les effets pendant plusieurs semaines : une jeune femme de 25 ans, Marion, qualifiée d'autiste, est enfermée dans sa chambre en raison des symptômes d'agitation qu'elle présente. La cadre administrative qui est d'astreinte, pendant le weekend, constate d'une part que la jeune femme conteste fortement son enfermement (hurlements, pleurs, coups sur la porte) et d'autre part que le service est désert, une aide-soignante prenant son repas, enfermée dans la cuisine à distance de la chambre. Les professionnels font l'objet de « rapports circonstanciés » puis de sanctions pour ne pas avoir respecté « le protocole » selon lequel, s'ils sont amenés à enfermer un résident, ils doivent immédiatement prévenir le chef de service, appeler le 15 et en attendant la venue du médecin se tenir à proximité du lieu de l'enfermement.

Les manquements éthiques et juridiques paraissent ici très clairs. L'aide-soignante n'a pas respecté le protocole. En outre, en laissant Marion crier sans réagir, elle montre qu'elle ne se

préoccupe pas son bien-être. C'est ce constat qui conduit la responsable de l'unité à rédiger un rapport. Ce dernier toutefois amène l'aide-soignante et plusieurs de ses collègues à réagir. Les controverses qui s'expriment lors de réunions mettent en cause le foisonnement des règles qui encadrent les pratiques professionnelles, leur manque de lisibilité, de cohérence et de précision, ainsi que leurs contradictions.

Un foisonnement de règles écrites et de protocoles

Dans le foyer, nombreuses en effet sont les règles de portée générale qui font référence aux droits fondamentaux. On les retrouve dans toutes sortes de textes, comme, par exemple, le Contrat de Séjour. Ces règles indiquent que les droits et libertés doivent être protégés et réaffirment ainsi le positionnement éthique de l'établissement. Mais elles n'évoquent aucunement les conditions dans lesquelles les professionnels peuvent faire usage de la contrainte sans contrevenir à l'éthique de l'institution.

Insuffisants pour cadrer les pratiques concrètes, ces textes de portée générale sont alors complétés par toute une série d'écrits de portée plus locale prenant la forme de protocoles, même s'ils ne sont pas toujours désignés comme tels. Les uns concernent toute l'institution et l'ensemble des résidents, les autres au contraire sont individualisés. Qu'ils soient institutionnels ou personnalisés, les protocoles sont rarement centralisés. Les documents normatifs sont disséminés dans toutes sortes de dossiers et classeurs, ce qui – on s'en doute – complexifie l'activité des professionnels qui ne sont jamais vraiment certains de connaître la bonne règle.

De surcroît, ces différents protocoles ne sont pas stables dans le temps. Ainsi en est-il par exemple du protocole institutionnel qui n'a pas été respecté dans le cas de Marion. Ce protocole, initialement rédigé en 2006, pour régir la marche à suivre lors de la « contention en cas d'agitation », devient en 2012, le « protocole en cas de mise en danger d'un résident à l'encontre d'autres résidents, des agents ou de lui-même ». Celui-ci autorise à « isoler un résident dans sa chambre en fermant celle-ci à clé ou à mettre en place une contention au lit ou un siège ». Une telle décision ne peut être prise que par les responsables des Foyers. En cas d'absence des responsables, les professionnels présents dans le service se doivent d'appeler le 15 afin de placer la mesure sous une autorité médicale. La garde administrative doit en outre être prévenue. C'est donc cette procédure qui n'a pas été respectée dans le cas de Marion.

Mais les choses ne sont pas si claires que cela. Le Projet Personnel Individualisé (PPI) de Marion contient en effet des directives qui s'éloignent du protocole institutionnel. Il fournit

des instructions précises pour l'accompagner dans ces différents actes de la vie quotidienne. Le terme de contrainte n'est jamais utilisé mais il est possible de comprendre que celui-ci n'est pas loin. Ainsi Marion doit-elle être « stimulée » ou « sollicitée » pour l'hygiène, pour prendre une douche, pour entretenir sa chambre, pour avoir une tenue correcte, pour faire le tri dans ses affaires etc. Le PPI n'indique pas clairement que les professionnels peuvent enfermer Marion. Néanmoins, il les autorise à « lui demander de patienter dans sa chambre » et à se rendre « au petit déjeuner seulement si elle a pris sa douche ». Lorsqu'elle montre des signes de fatigue, le PPI incite les agents à « lui rappeler d'aller se reposer sur son lit, dans sa chambre ou s'installer devant la TV ». Marion « montre vite son mécontentement lorsque certaines consignes lui sont demandées ». Dans ce cas, le PPI recommande aux agents de « lui rappeler la consigne sans tenir compte de son mécontentement ». Lorsqu'elle est « envahissante envers les professionnels » ceux-ci sont alors appelés à « canaliser son énergie parfois trop débordante ». Si l'on s'en tient à ce PPI, on peut comprendre que dans certaines situations, les professionnels soient enclins à faire usage de la contrainte sans pour autant avoir nécessairement à en rendre compte, par exemple quand il s'agit de la « faire patienter dans sa chambre ».

Mais les protocoles individuels ne sont pas seulement repérables dans les Projets Personnels Individualisés. Peuvent être joints à ces projets divers autres documents comme les prescriptions médicales qui viennent compléter les procédures à suivre dans certaines situations. Tel est le cas du dossier de Marion qui contient deux prescriptions du médecin généraliste travaillant dans le FAM. La première est une prescription en « si besoin » et concerne la « contention au fauteuil avec ceinture abdomino-pelvienne ». La seconde, rédigée par le même médecin, remplace le « si besoin » par un « si agitation », puisque qu'elle autorise l' « isolement en chambre fermée lors des repas, uniquement en cas d'agitation, pendant 45 minutes, durant 7 jours ». Certes, cette prescription médicale, renouvelée plusieurs fois, est limitée dans le temps, mais elle indique, aux yeux des éducateurs, que l'enfermement de Marion dans sa chambre n'est pas hors propos et qu'elle peut même être validée médicalement.

La dématérialisation des écrits professionnels

L'activité des professionnels est aussi encadrée par bien d'autres écrits, qui produisent d'autres règles, confirment ou au contraire infirment les règles formalisées et viennent complexifier l'architecture des normes dans l'établissement.

Les écrits professionnels ont toujours existé dans les établissements médico-sociaux. Ils connaissent cependant une expansion, non seulement parce qu'ils sont considérés aujourd'hui comme un facteur de qualité, mais aussi parce que le support de l'informatique les favorise grandement. Chaque professionnel écrit directement à l'écran et scanne les documents. Chacun peut consulter, avec un numéro d'accès, les écrits de ses collègues. Les écrits dématérialisés sont de toute nature, et vont du cahier de liaison, aux notes de synthèse, comptes rendus de réunion, directives, lettres reçues ou envoyées, en passant par un nombre très importants de courriers électroniques qui se déploient tout azimut, entre tous les agents de l'établissement.

En général, ces différents textes ne sont pas rédigés dans une perspective de production de règles, à l'exception peut-être des directives en provenance de la hiérarchie. Toutefois, ils deviennent, de fait, une source de normes importante. Deux facteurs, la répétition et le contrôle, donnent en effet à certains passages une portée normative. Ainsi, dans le cas de Marion, est-il écrit à plusieurs reprises dans divers documents, dont certains sont officiels et adressés par exemple à la MDPH, que cette résidente peut être enfermée dans sa chambre : « Pour la protéger des autres résidents qui sont exténués de son attitude, nous sommes obligés de l'accompagner dans sa chambre et de fermer à clef plusieurs fois par jour ». Le contenu de ces écrits informatisés et répétitifs est en quelque sorte validé par le contrôle auxquels ils sont potentiellement soumis, que ce soit par les collègues, les responsables ou la direction, Certes, les écrits constituaient déjà un important support du contrôle de l'action quand ils n'étaient pas informatisés. Avec la dématérialisation, les modalités de ce contrôle évoluent, compte tenu d'une part, de la facilité avec lesquelles peuvent être faites les vérifications, et d'autre part de la non-visibilité des actions de contrôle pour les professionnels concernés. Le logiciel permet en effet d'accéder à tous les dossiers sans se déplacer et sans même afficher son action. De surcroît, le logiciel rend possible des contrôles à distance très sélectifs « en un seul clic » portant sur un résident, un professionnel, un jour, une heure, une action, un mot etc. Dans cette configuration qui évoque une version virtuelle du panoptique de Bentham[3], le contrôle peut être efficace même s'il n'a pas lieu. Ainsi, une action écrite et numérisée qui n'a pas fait l'objet d'observation particulière de la part des collègues ou de la hiérarchie est

[3] Pour Bentham (fin du XVIII°), le panoptique est un type d'architecture carcérale selon lequel les prisonniers sont surveillés sans que ceux-ci ne puissent savoir qu'ils sont observés ;

implicitement validée, et est susceptible d'être considérée comme une règle partagée. Tel est, semble-t-il, le statut de la pratique consistant à isoler Marion, pratique qui, jusqu'à l'incident que nous avons relaté, n'avait suscité aucune réaction et pouvait donc sembler une procédure reconnue et acceptée.

Des règles fragiles

La règle qui se dessine progressivement au fil des écrits successifs, et qui n'est inscrite dans aucun protocole, est cependant très fragile. Elle s'écarte de fait du protocole institutionnel, car il est difficile d'appeler le 15 quand l'enfermement est bref et a lieu plusieurs fois par jour. Le recours au service d'urgence suppose en effet un enfermement suffisamment long pour laisser le temps au SAMU d'arriver. D'ailleurs, en réunion, la responsable de la direction explique que le 15 doit être sollicité avec modération pour s'assurer de leur présence en cas de nécessité absolue. Mais cette règle s'écarte aussi du protocole individuel, puisque les prescriptions médicales sont obsolètes au moment de l'incident, et que, d'une manière plus générale, le médecin – quand il est présent sur le site, ce qui est rarement le cas[4] - ne doit pas, lui non plus, être dérangé pour une action aussi brève.

C'est cette fragilité qu'incriminent les professionnels, principalement les éducateurs, lors de l'incident. Comme ils le soulignent, il ne suffit pas d'évoquer les grands principes éthiques. Encore faut-il savoir faire la part des choses et déterminer comment agir en situation. Or dans le cas de Marion, personne ne semble détenir la réponse, jusqu'aux médecins qui laissent apparaître des désaccords. Pour le médecin généraliste de l'établissement, les médicaments psychotropes sont à l'origine du changement d'attitude de Marion. Le père de Marion soutient le même raisonnement. Pour le psychiatre, les comportements de Marion sont « théâtralisés » voire « tyranniques » et il convient donc de mieux la « cadrer » ce qui relève de l'intervention de l'équipe éducative. Pourtant, lors de l'incident, ce même médecin, qui a prescrit le « si besoin », prend position contre l'aide soignante au motif qu'assigner Marion dans sa chambre, même un court moment est « une privation de liberté au sens légal de la loi (…) ce qui (…) ne constitue pas une pratique de professionnel, mais bien une déviance professionnelle et un acte illégal ».

[4] Le médecin généraliste et le psychiatre interviennent à la vacation quelques heures par semaine au FAM lequel est à 5 minutes à pied du Foyer de Vie.

Dans cet établissement, les principes éthiques sont rappelés de façon récurrente et prennent place dans un ensemble de directives, de consignes, de protocoles et de procédures qui évoluent dans le temps et doivent sans cesse être adaptées à la singularité des situations. Bien que régulièrement stabilisés et rappelés, ces procédures et protocoles sont aussi sans cesse révisés et adaptés, Difficile pour les professionnels de se référer dans ces conditions à un corps de normes clairement identifié. Celles-ci sont au contraire « hiérarchiquement enchevêtrées »[5], ce qui place les intervenants dans l'incertitude quant à l'éthicité de leurs actions.

2-Des règles révisables

L'inconfort que provoque certaines actions est ainsi renforcé par le brouillage et l'instabilité des régulations juridiques et éthiques. Cet inconfort peut conduire à des positions de retrait, et c'est ainsi qu'on pourrait interpréter le repli de l'aide-soignante dans la cuisine qui lui permet d'éviter d'entendre les protestations de la résidente. La discussion éthique s'engage alors de façon circonstancielle, suite à la visite de la responsable à ce moment précis. A l'inverse, dans d'autres cas, l'incertitude éthique peut être saisie à bras le corps par les professionnels, au plus proche de l'action, pour tenter de la traiter et d'y répondre de façon acceptable.

La mise en doute de l'éthicité de la contrainte

Tel est le cas dans l'unité de soin vers laquelle nous nous tournons maintenant où l'incertitude éthique organise et régule l'action. Créée il y a quelques années, elle accueille des enfants et des adultes lourdement handicapés dans un moment de crise. Ces personnes ont des comportements très violents, soit envers elles-mêmes soit en direction de leur entourage ou de leur environnement. Démunis, épuisés et faute d'alternative, les aidants habituels ont souvent recours à l'isolement de la personne voire à la contention. L'hospitalisation de ces malades « aux comportements perturbants » a pour objectif de déterminer l'origine des crises et d'identifier les interventions thérapeutiques ou éducatives adaptées. Mais également, voire peut-être plus encore, il s'agit de trouver des solutions qui minimisent l'atteinte à l'intégrité

[5] Selon Douglas Hofstadter (2000), la hiérarchie est enchevêtrée lorsque dans un système il devient impossible d'identifier le sens des orientations hiérarchiques.

de la personne, et notamment le recours à la contrainte. La difficulté est d'assurer, dans le même temps, la sécurité des personnes elles-mêmes comme de celles qui les entourent. En outre, il faut concilier cette préoccupation avec les situations de grande dépendance où se trouvent beaucoup de ces patients – pour assurer leurs besoins vitaux (hygiène, alimentation…) et pour leur permettre de communiquer en l'absence d'accès au langage. Dans ce contexte, l'équipe de l'unité se saisit de front des questions éthiques, pour deux raisons. D'une part, les réponses par la contrainte aux comportements très violents des patients, soulèvent inévitablement des interrogations éthiques. D'autre part, en adoptant comme principe d'atténuer les conséquences des comportements perturbateurs plutôt que de les empêcher, l'équipe place au cœur de son travail, la recherche de compromis éthiquement acceptables.

Le fonctionnement de l'unité est ainsi conçu pour prendre de front la gestion de l'incertitude, à la fois sur le plan des solutions proposées et sur celui de l'évaluation des conditions éthiques de leur application. Cette double incertitude donne lieu à des pratiques délibératives en continu dans le service. Deux types d'intervention en font régulièrement l'objet. Le premier concerne la réponse aux comportements perturbateurs par l'immobilisation manuelle temporaire ou par la mise en chambre fermée, dite chambre d'hypostimulation. La délibération a pour objet de déterminer les conditions précises dans lesquelles le recours à ces techniques d'immobilisation est acceptable, sachant qu'il fait en général l'objet de critiques d'autant plus vives qu'elle concerne des sujets dont la capacité de protestation articulée est faible. Dans l'unité, la technique d'immobilisation est mobilisée pour répondre à des agitations violentes, comme alternative à la contention continue. Le recours à cette technique permet donc de réduire l'intensité de la contrainte exercée sur le patient, tout en constituant une prise de risque pour l'équipe si le patient se fait mal, blesse quelqu'un ou détruit son environnement. Ce souci éthique se traduit par des dispositions concrètes. L'usage de la technique est ainsi assorti de précisions sur les types de comportements qui en justifient, sur la nature des gestes à effectuer et sur sa durée, pour chaque patient. Les techniques d'intervention innovantes font l'objet d'un second type d'interrogations. Le recours à ces techniques n'est cadré ni par le droit ni par les règles d'usage. Ces procédés s'appuient en effet sur des outils qui sont détournés de leur fonction initiale pour être importés dans le soin. Tel est le cas par exemple de l'utilisation de casques de hockey ou de boxe pour les patients auto-agressifs ou exposés aux risques de chute, ou encore des combinaisons ne pouvant être enlevées que par une tierce personne pour les patients coprophages. Ces deux accessoires ne

privent pas les personnes de leur liberté d'aller et venir. Au contraire même, ils sont utilisés en alternative à la contention et résultent d'une préoccupation éthique. Tout souci éthique ne disparaît pas pour autant, puisqu'il faut déterminer dans quelle mesure ces protections imposées concilient effectivement au mieux la préservation de l'intégrité physique des personnes et de leur environnement d'une part et celle de leur liberté d'autre part.

Contrairement à d'autres services, les difficultés tant pratiques qu'éthiques ne sont pas ici édulcorées ou mises de côté. Ces difficultés se manifestent au contraire dans le quotidien de l'activité où elles sont régulièrement explicitées, verbalisées et rendues visibles. Elles se prêtent, par conséquent, à l'observation. Pour les suivre dans le détail, nous proposons d'examiner le tâtonnement de l'équipe dans la prise en charge d'un patient alors que les solutions adoptées sont en permanence remises en cause, que ce soit par le malade lui-même, par son entourage ou par les soignants. On verra, en se focalisant sur quelques séquences de cette prise en charge, comment les professionnels s'engagent dans une dynamique pragmatique, faite de délibérations, d'énonciations de règles d'action, d'évaluation de leur application et d'ajustement des interventions. On verra également que dans cette dynamique se glissent continuellement des interrogations éthiques.

Répondre aux « coups » d'Alban : provocation ou ignorance ?

Le problème de l'équipe est de savoir comment répondre au mieux aux coups donnés par Alban, un enfant de 7 ans. Alban a des troubles du spectre autistique, ses capacités cognitives sont altérées et il n'utilise pas le langage. Les coups, qu'il distribue de façon aussi soudaine que violente, sont souvent très douloureux. Il lui arrive également de se cogner la tête contre les murs. A domicile, les parents s'étaient résolus à lui attacher les bras le long du corps. A son arrivée dans le service, une telle mesure a été levée. Toute contention est désormais supprimée. Un casque lui est mis pour éviter qu'il ne se blesse. Lorsque ses comportements deviennent trop violents, il est placé dans la chambre d'hypostimulation pour quelques minutes. On l'a dit, cette mesure est courante dans le service en cas de comportements hétéro-agressifs répétés. Elle vise à réduire l'excitation environnementale qu'on suppose être à l'origine de certains comportements d'agitation, mais peut également relever d'une intervention comportementale – si l'on pense que le patient cherche à attirer l'attention par exemple.

Dans le cas d'Alban, certains soignants notent que lorsqu'il frappe, Alban a l'air de chercher la provocation comme le font parfois les jeunes enfants. Le placement en chambre

d'hypostimulation devrait avoir une visée éducative, qui lui fasse prendre conscience que son geste a des conséquences négatives. D'autres estiment, à l'inverse, qu'Alban n'est pas en train de provoquer et qu'il ne peut avoir conscience des effets de son geste. Il est donc impossible qu'il comprenne la signification de son passage en chambre d'hypostimulation. Enfin, les réactions d'Alban à son isolement paraissent défavorables. Loin de le calmer, les passages répétés dans la chambre semblent accroitre son agitation.

L'équipe doute de la signification du comportement d'Alban, et donc de la réponse adéquate à lui apporter. L'enjeu éthique est alors convoqué. En effet, si l'on se trompe sur l'interprétation du comportement, le risque est que l'intervention soit incompréhensible voire néfaste pour Alban. Non comprise par celui-ci, la contrainte serait inacceptable dans son principe mais aussi dans ses conséquences. Dans son principe, car des alternatives moins intrusives auraient pu être recherchées. Dans ses effets, dans la mesure où l'enfermement augmente l'agitation.

Le problème est soulevé lors de la réunion d'équipe hebdomadaire. La discussion aboutit à stabiliser une interprétation du comportement d'Alban et à proposer une réponse. L'évaluation faite par l'orthophoniste permet finalement de trancher : Alban n'a pas les moyens cognitifs de comprendre son geste ni de provoquer. Cela étant, l'équipe ne fait pas de cette décision une certitude définitive. L'expertise pèse peut-être sur la décision, mais, dans ce service, elle alimente aussi le doute. L'équipe en reste donc à une hypothèse de travail. L'évaluation demande à être corroborée par les observations et les réactions de l'enfant. Elle pourra être éventuellement revue et révisée.

Protocole, doutes et contestations

D'ailleurs, l'équipe ne baisse pas les bras devant les troubles cognitifs d'Alban évalués par l'orthophoniste. Lors de la réunion elle s'efforce, malgré tout de trouver un moyen pour faire comprendre à Alban que le fait de donner des coups n'est pas ce qu'on attend de lui. Pour cela, la solution que l'équipe décide de tester – sur proposition des éducatrices – est que les professionnels qui reçoivent des coups placent Alban dans la chambre pendant un temps très court et fixe, de cinq minutes, le tout en neutralisant leurs émotions, c'est à dire sans manifester ni douleur ni colère. Mais cette solution, qui s'appuie sur un pari concernant les capacités potentielles d'Alban, laisse sans réponse la question éthique liée au fait qu'Alban n'a pas la perception du temps. L'orthophoniste suggère de placer systématiquement un *timer* sur la vitre de la chambre, pour qu'Alban puisse suivre l'écoulement du temps. Un protocole est rédigé par les éducatrices, affiché dans le poste de soin et dans le cahier de soin. L'enjeu

est de s'assurer que tous les membres de l'équipe respectent à la lettre la consigne, afin de pouvoir juger des éventuels effets de la mesure.

Dans la semaine qui suit, des doutes s'expriment. D'abord dans les couloirs, à bas bruit. Certains soignants, observant le comportement d'Alban avec eux, restent persuadés qu'il est bien dans la provocation. Ils continuent cependant à mettre en œuvre le protocole qui est « à l'essai », pour voir.

La mère d'Alban est plus radicale. Elle est présente dans l'unité et assiste au placement de son fils dans la chambre, alors que celui-ci vient de porter un coup violent à un autre patient. Pour elle, *timer* ou pas, cinq minutes sont bien trop longues pour Alban. Deux minutes seraient bien suffisantes. Elle n'accepte pas la souffrance probable de son fils, d'autant plus qu'elle considère que ces minutes supplémentaires ne peuvent être efficaces. L'orthophoniste, qui est présente, défend le protocole et surtout la nécessité d'aller au bout de l'expérience. Elle minimise l'effet que peuvent avoir trois minutes de plus sur Alban et souligne qu'une mesure plus courte n'est techniquement pas réalisable ; il faut que les soignants aient le temps d'aller chercher le *timer*, tout en s'occupant des autres patients.

Le protocole reste en vigueur pendant une ou deux semaines. Mais l'équipe conserve sa vigilance et est prête à mettre en doute la solution adoptée. La situation est à nouveau évoquée en réunion. L'efficacité du protocole n'est pas manifeste. En outre, une nouvelle interprétation a émergé : le dentiste a découvert des problèmes dentaires avancés, qui occasionnent des douleurs pouvant peut-être provoquer son agitation. Pour le savoir, il faut attendre l'intervention dentaire. En attendant, l'application du protocole se fait moins stricte. Dans le même temps, les éducatrices ont mis en place un autre protocole dans l'espoir de faire diminuer la fréquence de ses coups. Ce protocole consiste à indiquer régulièrement à Alban le déroulement de la journée, à partir de pictogrammes affichés dans sa chambre, ce dans le but d'éviter les moments d'anxiété sur le monde qui l'entoure.

Une approche délibérative et pragmatique

Les règles que l'équipe met en place ne sont pas élaborées uniquement en réunion d'équipe. Elle est au contraire largement distribuée et circule en permanence entre les différents acteurs. Les règles proviennent de plusieurs sources. Elles émanent du psychologue lorsqu'il rend compte de son entretien avec les parents ; du psychiatre qui explique sa stratégie thérapeutique du moment ; de l'éducatrice qui détaille les activités permettant à Alban de travailler ses capacités d'interaction ; des personnels présents en salle qui rapportent des

scènes du quotidien. Au cours de la discussion, des hypothèses sur le mécanisme ou l'origine des problèmes de comportement sont évoquées et des solutions recherchées. Les interprétations mobilisent des savoirs disciplinaires constitués ainsi que les savoirs issus de l'expérience acquise avec ce patient ou avec d'autres auparavant. En fonction de l'effet constaté sur le patient mais aussi d'autres facteurs, tels que la faisabilité du protocole au quotidien ou le résultat de nouveaux examens, ce dernier sera confirmé, modifié ou abandonné. En d'autres termes, les règles d'action sont définies avant toute chose comme étant susceptible de modification. Le fonctionnement de l'unité pourrait être qualifié de « délibératif ».

Dans cette approche pragmatique, le tâtonnement de l'équipe s'exprime en termes techniques. Il s'agit en effet de faire correspondre une intervention au problème identifié en interprétant un comportement. Les professionnels élaborent ainsi « une éthique inscrite au cœur des outils du travail ». Ils cherchent « le bon outil de travail, où « bon » porte une signification double, d'efficacité technique et de justification éthique. » (Brodwin, 2013, p. 180). Si l'on constate que la solution n'est pas satisfaisante une fois mise en œuvre, on tente des ajustements. A ce moment-là, la préoccupation éthique affleure et oriente les arbitrages. On pourrait d'ailleurs repérer en filigrane la référence à deux types d'éthiques dans cette préoccupation. D'une part, l'équipe mobilise une éthique déontologique, lorsqu'elle se préoccupe de la conformité de la solution envisagée à des principes plus généraux. D'autre part, elle se réfère aussi à une éthique conséquentialiste selon laquelle ce sont les effets du traitement qui justifient sa dimension morale. En pratique, les discussions oscillent en permanence entre ces deux éthiques. Plus largement, l'équipe cherche à concilier ces différents principes généraux avec les contraintes variées du quotidien et avec la dynamique de l'action. Dès qu'un équilibre semble trouvé, il est interrogé. L'attention se porte alors jusque dans les réactions les plus fines et dans des actes d'apparence anodine. Cette attention aux détails, cette réflexivité au ras des pratiques concrètes, amène à mettre l'accent sur l'acceptabilité éthique de la ou des façon(s) de faire les choses plus que sur la « bonne » décision concernant ce qu'il convient de faire ou de ne pas faire. L'« éthicisation » des pratiques introduite par la délibération au cœur de l'ordinaire s'appuie sur une réflexion descriptive et non pas normative de la morale. (Laugier, 2001)

Le fonctionnement « délibératif » de l'unité repose sur une double circulation. La circulation des informations d'abord, qui sont échangées entre les membres de l'équipe depuis son point d'observation, toute profession et tout niveau hiérarchique confondus. La circulation des

professionnels, ensuite, entre les bureaux de consultation ou d'activité et la « salle » – le couloir, la salle de repas et les chambres –, qui permet que les comportements soient observés par tous et discutés de façon informelle. Mais ce travail d'éthicité, cette prise en charge de l'incertitude éthique au sein même de l'équipe ne repose pas uniquement sur une dynamique interne. Elle suppose au contraire l'existence d'un fort soutien institutionnel. Dans le cas de l'unité étudiée, ce circuit de réajustement des règles et de partage du doute est structuré par plusieurs facteurs. Un premier facteur concerne le rôle des acteurs : le médecin-chef de service, comme la cadre de santé, encouragent fortement les personnels de salle à raconter et interpréter leurs interactions avec les patients, y compris lorsqu'ils « n'y arrivent pas » ; les soignants qui ont des consultations en rendent compte à l'équipe. Les parents sont présents dans l'unité. A cela s'ajoutent des ressources matérielles et humaines importantes. Les équipes sont renforcées par rapport à un service ordinaire, ce qui permet non seulement d'être plus disponible en salle, mais également d'être présent en réunion. Le soutien financier est sans faille : le matériel cassé régulièrement est remplacé, l'achat de nouveau matériel pour tester un protocole est facile. Enfin, l'unité dispose également du soutien de la direction du service et de la direction de l'hôpital vis à vis de la prise de risque des équipes – pour les patients, avec des techniques de soin inhabituelles, mais également pour les soignants, dont les arrêts de travail sont fréquents. Autrement dit, l'inquiétude éthique portée dans les pratiques est partagée avec l'institution, l'encadrement et l'entourage. Ces éléments soulignent combien la prise en charge de l'incertitude éthique dans un service est couteuse en termes de travail collectif et d'assouplissement des rapports hiérarchiques et disciplinaires, mais également pour l'effort qu'elle impose de lutter contre la routinisation des pratiques.

Conclusion

Régulièrement rappelé dans les référentiels, guides ou chartes, le respect des libertés et des droits de la personne est censé orienter aujourd'hui les éthiques de l'aide et du soin. En réalité, les professionnels sont parfois conduits à restreindre ces droits ou libertés, ce qui suscite des interrogations éthiques de divers ordres. Si ces pratiques sont en effet clairement condamnées lorsqu'elles relèvent de la pénurie de personnel, de la routine et plus encore de la malveillance, il est plus difficile de trancher lorsqu'elles sont motivées par l'impératif de protection de la personne ou par la recherche de sa sécurité ou de son intérêt. L'incertitude est à son comble lorsque le bien devient indécidable, et que la personne concernée ne peut donner clairement son avis et être un interlocuteur. Tel est le cas de Marion et d'Alban, devant les

comportements desquels les professionnels paraissent démunis et sans solution normativement acceptable.

Une rupture se produit alors dans le cours de l'action. Les cris, les coups, l'auto-agressivité, le manque de ressources et de temps altèrent la fluidité des interventions. Les réponses à ces troubles sont mises en cause, aussi bien en raison de l'absence d'efficacité que des manquements éthiques. La justification de l'intervention est alors profondément ébranlée.

L'action n'est pas suspendue pour autant, mais elle devient pratiquement et moralement incertaine. Elle génère, chez les professionnels, des avis très divergents, pouvant aller de l'approbation à l'indignation en passant par le sentiment de mal faire son travail. Lorsque des incidents sortent de l'ordinaire, l'incertitude se manifeste au grand jour, suscitant débats et controverses. Les interrogations portant sur le sens et la dimension éthique du travail qui se déployaient seulement « à bas bruit » et sur un mode informel, dans les interstices de la pratique, sont publicisées dans leur pluralité sur des scènes diverses, les réunions d'équipes, de chefs de services, de direction, dans les séances d'analyse de la pratique, dans les CHSTC, les comités éthiques lorsqu'ils existent etc. Un souci collectif émerge, dont la portée excède les situations concrètes en question. Quelle est la place du médecin dans l'enfermement ? Quel est le rôle des éducateurs ? Quel est le sens du placement en chambre d'hypostimulation ? Il s'agit alors de redéfinir quelles modalités d'intervention réalisent le meilleur compromis entre les principes éthiques généraux, l'efficacité des interventions et l'ensemble des contraintes et ressources qui forment le contexte de l'action. L'équilibre est incertain. La prudence éthique fondée sur la délibération, est de mise. Cette prudence n'est pas seulement centrée sur ce qu'il convient de faire dans l'idéal, mais aussi et surtout sur ce qu'il est possible de faire compte tenu non seulement des diverses contraintes qui pèsent sur la situation mais aussi des ressources plus ou moins apparentes que celle-ci contient. Nous reprenons ici la définition que donne Aristote de la prudence qui, selon lui, est « une disposition à choisir et agir concernant ce qu'il est en notre pourvoir de faire et de ne pas faire »[6].

Dans les arbitrages, le cadrage éthique s'alimente à des sources plurielles. Il s'incarne dans différents textes de portée générale. Ceux qui sont imposés par les textes juridiques prescriptifs, par les procédures et protocoles, ceux qui sont recommandés par le droit dit

[6] Aristote, Grande Morale, cité par Aubenque (2009)

« souple ». Mais le cadrage ne s'arrête pas là dés lors que l'on observe les pratiques concrètes (Mol, Moser et Pols, 2010). Il résulte aussi de l'action même des professionnels, des usages, des routines qu'ils adoptent ainsi que des prises de positions orales réitérées. Les textes ne disent rien, par exemple, sur l'usage de la sédation. Mais le psychiatre de l'unité expérimentale répète régulièrement qu'il proscrit les prescriptions à visée sédative. Les écrits professionnels qui tracent les pratiques et qui ne sont pas contestés, deviennent de fait des normes d'actions collectivement acceptées, que celles-ci soient appliquées ou non.

Ces références écrites ou non écrites, « hiérarchiquement enchevêtrées », définissent de façon flottante les lignes de conduites de l'institution ou du service. Mais, en raison de leur flexibilité, de leur flou ou de leur généralité, elles ne suffisent pas à border les actions concrètes, d'autant qu'en situation, ces actions sont toujours plus ou moins inédites. Des principes comme le respect de la dignité et l'intégrité de la personne ne disent pas grand-chose, par exemple, lorsque cette dernière proteste violemment et s'en prend à son entourage. L'usage de la contrainte est peut-être autorisé, s'il est un dernier recours. Mais qu'est-ce au juste qu'un « dernier recours » ? Les protocoles, qui ne peuvent tenir compte de tous les imprévus ou singularités, s'avèrent parfois inapplicables. Les contraintes organisationnelles et/ou économiques, les moyens disponibles limitent plus ou moins le spectre des possibles. Les détails très concrets de la pratique comme le contingentement des ressources semblent venir écorner les principes éthiques.

Est-ce à dire alors que ces principes ne sont que de peu d'utilité ; voire plus, que le flou et l'incertitude récurrents viennent signer la mort de l'éthique ? Nous ne le pensons pas. A y regarder de plus près en effet, comme nous avons tenté de le faire à propos des interventions auprès de Marion et d'Alban, c'est par une délibération – forcée dans le premier cas, encouragée dans le second – que les interrogations se déploient sur de multiples niveaux, dans lesquels les valeurs éthiques abstraites sont confrontées aux manières de faire concrètes et inversement. Tel geste est-il compatible avec les principes éthiques de l'institution ? Dans un autre sens, telle règle éthique intègre-t-elle le savoir pratique des professionnels du quotidien ? Les solutions oscillent en permanence entre l'efficacité et la moralité et s'actualisent au travers de divers arrangements et de règles « discutables » au double sens du terme, à savoir contestables et pouvant faire l'objet de discussions. Ces règles de « courte » portée ont vocation à être appliquées et dans le même mouvement éprouvées et éventuellement modifiées pour orienter – provisoirement – l'action.

Dans ce contexte d'insécurité, de fluctuation et de « fragilité normative » (Dourlens, 2008), l'enjeu est peut-être moins de savoir comment dissiper le flou et redéfinir le cadrage éthique, que de procéder avec prudence, en considérant et en accompagnant par la délibération permanente, le tâtonnement des intervenants autour d'une incertitude éthique qui est, selon nous, irréductible mais peut-être aussi facteur « d'éthicité ».

Bibliographie sélective

Aubenque P. 2008, La prudence chez Aristote, Quadrige, PUF

Brodwin P. 2013, Everyday Ethics. Voices from the Front Line of Community Psychiatry, University of California Press.

Brodwin, P. 2014, The Ethics of Ambivalence and the Practice of Constraint in US Psychiatry. *Culture, Medicine and Psychiatry*, *38*(4), 527-549.

Brodwin P., Velpry L. (eds.), 2014, The Practice of Constraint in Psychiatry : Emergent Forms of Care and Control. *Culture, Medicine, and Psychiatry*

Conseil d'Etat, Etude annuelle 2013, Le droit souple

Dourlens C. 2008, L'action publique à l'épreuve de la fragilité normative, Mémoire pour l'Habilitation à Diriger des Recherches. Saint-Etienne : Université Jean Monnet.

Dourlens C. , Vidal-Naquet P. 2016, . Éviter l'inacceptable, douter de l'acceptable : régulation des pratiques, épreuves de régulation, *SociologieS*, https://sociologies.revues.org/5574

Hennion A. Vidal-Naquet P. 2015, "Enfermer Maman !" Epreuves et arrangements : le care comme éthique de situation, *Sciences Sociales et Santé*, volume 33, n°3, septembre

Hennion A.,Vidal-Naquet P., 2017, Might Constraint be Compatible with Care?, *Sociology of Health and Illness*, volume 39, n°5

Hofstadter D. 2000, Gödel, Escher, Bach, les brins d'une guirlande éternelle, Paris, Dunod

Laugier S, Pourquoi des théories morales ? L'ordinaire contre la norme, Cités, 2001, 1(5), pp. 93-112

Lechevalier Hurard L , « Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique », *Sociologie du Travail*, volume 55, n°3, juillet 2013

Mol A., Moser I., Pols J. (eds), 2010, *Care in Practice, on thinkering in clinics, Hommes and Farms,* Transcript Verlag Bielefeld.

Mol A.M. 2009, *Ce que soigner veut dire, Repenser le libre choix du patient*. Paris Presse des Mines, Collection Sciences Sociales.

Pols J., 2014, « Laver le citoyen », *SociologieS* [En ligne], Découvertes / Redécouvertes, http://journals.openedition.org/sociologies/4890

Velpry L. 2008, Le quotidien de la psychiatrie, Armand Colin.

Velpry L. 2018, Agir au mieux en situation extrême : la gestion des troubles du comportement sévères dans une unité de soins intensifs pour personnes autistes. In Velpry L., Vidal-Naquet P., Eyraud, B. (Eds), *Contrainte et consentement en santé mentale. Forcer, influencer, coopérer*, Rennes, PUR

Vidal-Naquet P., 2018, Des régulations hiérarchiquement enchevêtrées. Le cadrage de la contrainte dans un Foyer de Vie, In Velpry L., Vidal-Naquet P., Eyraud, B. (Eds), *Contrainte et consentement en santé mentale. Forcer, influencer, coopérer*, Rennes, PUR