

ETHIQUE REFLEXION ET PRATIQUES EN GERIATRIE

Elisabeth Penlaë-Flochlay
Psychologue institutionnelle.

Il s'agit ici de faire travailler des questions éthiques dans des situations précises. Il s'agit donc de la relation entre réflexion et attitude éthique au sein des pratiques du soin.

Je vous propose cinq exemples d'emblée, et vos approches des problématiques éthiques posées par ces cas.

1) Un monsieur qui ne meurt pas. Patient en fin de vie, une fin de vie qui au-delà de toute attente dure, deux semaines, un mois, deux mois, le patient n'est plus qu'esquarres. L'équipe est traumatisée par les soins quotidiens, la souffrance infligée malgré les morphiniques.

Tous les matins son fils appelle pour savoir si son père va bien ou va mieux. L'épouse qui n'en peut plus de cette « attente de la mort » la souhaite de plus en plus fort.

Un patient qui survit dans des conditions terribles

2) Une dame qui ne supporte rien. Elle est insupportable, violente verbalement et physiquement. Agresse le personnel et les autres résidents. Très jolie femme, élégante, 70 ans, elle a évolué dans le milieu du cinéma. Un mari plus âgé, qui la visite souvent. Cette dame a fait deux AVC. Elle semble malmenier son époux et sa fille lorsqu'ils sont là. Les deux sont toutefois « aux petits soins pour elle.

Une équipe qui à force de se faire « sadisée » à opter pour une posture disciplinaire. Il y a donc affrontement.

3) Une dame qui utilise sa famille pour mettre toutes les propositions en échec. Une mère de famille nombreuse, six enfants. Elle est atteinte d'une maladie neuro-dégénérative, anosognosique, vraisemblablement. Chutes à répétition, dépressive très certainement. Elle assaille littéralement le personnel de ses demandes et sa famille a des exigences qui outrepassent les possibilités du service

La famille envahissante, omniprésente qui entrave et critique le travail des IDE, AS et AX, les rapports avec le personnel est affligeant : méprisant, raciste.

4) Une dame qui aurait provoqué les avances d'un monsieur en se disant ensuite harcelée. Une partie de l'équipe dit que la dame est « victime » il faut la protéger et « punir » son voisin. L'autre partie de l'équipe dit qu'elle « l'a bien cherché » et qu'au fond, elle n'a pas l'air si traumatisée que cela. L'équipe est divisée franchement en deux clans.

5) La fille médecin d'une résidente qui est en fin de vie, non douloureuse. La patiente refuse toute alimentation, tout médicament ; la fille demande la pose d'une sonde gastrique et des investigations. Le médecin de l'établissement est dans la position d'accompagner cette dame et cette fille s'oppose à l'option du médecin.

Ces cinq situations sont classiques en EHPAD, là où cela se joue, c'est exactement le point de réflexion atteint par chaque protagoniste et ce que l'institution permet et assume.

Je livre également à votre réflexion cette question : Quel est l'intérêt ou l'utilité d'une réflexion éthique en institution ?

Suivie d'une autre question, posée par le Docteur Reingewirtz et qui m'a donné du fil à retordre : « Y aurait-il une éthique de la famille, une éthique du patient, une éthique médicale, une éthique des soignants ? »

Ethique des soins en gériatrie.

Premier principe éthique :

Les résidents ne nous appartiennent pas, même perdus dans leur mémoire, leurs douleurs, leur identité, ils n'appartiennent qu'à eux-mêmes, s'ils ont besoin d'aide, ils n'ont pas besoin que leurs proches ou les soignants disposent d'eux.

Première réflexion éthique :

Est-ce que j'aimerais vivre en tant que résident dans l'institution que ma profession contribue à créer ?

L'éthique dans le soin c'est d'abord une réflexion et une interlocution. C'est ensuite une position et une décision où celui qui est le plus fragile le plus en danger sera aussi le plus respecté.

Ethos. : Signifie les coutumes, les usages, les mœurs du groupe d'appartenance.

Ethiki : signifie ce qui est conforme aux usages et aux mœurs du clan, mais à cette conformité s'ajoute la dimension morale.

C'est donc une notion qui s'enracine dans la culture et les valeurs du groupe humain.

La notion de groupe est essentielle pour reconnaître, ou non la valeur de conformité de tel geste, tel acte, telle parole en référence à une culture commune. Lorsqu'on parle d'éthique on évoque donc une attitude de groupe par rapport à une situation. Dire que l'on a une éthique personnelle, n'a pas de sens ne serait-ce qu'au regard de l'étymologie du mot.

Le rapport de l'Éthique à la Loi, aux codes de déontologie est une question de dialectique.

L'éthique est souvent convoquée d'ailleurs lorsqu'il y a un manque dans la déontologie ou la Loi, ou lorsqu'il y a absence de Loi. La position est laissée à la responsabilité des protagonistes.

La première situation éthique affirmée dans la littérature, est celle de l'éthique contre la Loi de la cité. La tragédie de Sophocle, écrite et jouée à Athènes au Vème siècle avant JC reprend un mythe ancien. Celui de la fille d'Œdipe, Antigone.

Antigone creuse une tombe à son frère, Polynice, comme le veut la tradition de son clan, contre la Loi de la cité édictée par Créon qui interdit de donner une tombe aux traitres à la ville de Thèbes.

Une réflexion éthique dépend du groupe auquel on appartient dans un contexte particulier. Il est nécessaire qu'une adhésion commune se fasse sur un problème singulier. Le mouvement se fait depuis les positions, les modes de lecture, voir des convictions de chacun vers la singularité du cas à traiter. Mais le présupposé de départ est celui d'une question clé : est-ce que je voudrais vivre ce que j'impose de vivre à l'autre. Il y a donc une dialectique à créer à partir d'une situation précise, et la représentation que l'on se fait du bien de l'autre

L'éthique n'est pas une évidence, elle n'est pas donnée d'emblée c'est pour cela que la réflexion du groupe autour d'une situation est essentielle. Parce que chacun a une connaissance différente du cas, chacun possède des éléments différents et parfois contradictoires, et c'est la mise en commun de toutes ces connaissances ou de ces expériences de l'autre qui permet de comprendre ce qui se joue dans la situation.

Si l'on prétend à instaurer une réflexion éthique, cela demande du temps, au moins celui de construire une expérience commune au groupe. Cela suppose aussi que la Direction permet et soutient un travail éthique et qu'elle conçoit un intérêt à l'instauration d'une réflexion.

Un soin « éthique » a-t-il le même coût (économique, énergétique, temporel) qu'un soin non éthique ?

Un management éthique est-il plus coûteux qu'un management non éthique ?

L'éthique conçoit une dimension morale, une philosophie du soin prodigué dans le sens large du terme ; L'éthique des soins doit donc être définie dans un temps et un espace donnés, réunissant des acteurs qui ont une ou plusieurs choses en commun (déontologie) pour les professionnels, mais en EHPAD il faut aussi compter avec les familles.

C'est pour ce qui nous occupe une position déterminant des pratiques et une attitude reconnue par tous comme étant la plus conforme au respect de l'autre. Il

y a donc de la singularité et de l'universel dans le sens où l'on doit savoir si l'on est bienveillant ou malveillant

La détresse humaine présente est rendue plus aigüe à certains moments. Soignants, soignés, familles, souffrent mais pas de la même douleur et parce que la souffrance est grande et que la douleur n'est pas la même, il arrive que l'on retourne sur l'autre, et parfois violemment tout ce que cette douleur ne parvient pas à dire. Le patient contre sa famille, contre l'équipe soignante, contre le médecin, la famille contre le parent, l'équipe, contre d'autres membres de la famille etc....La détresse des uns et des autres peut rendre une position éthique difficile à prendre et à maintenir. Les Directions devraient également être garantes de l'autonomie des équipes dans leur réflexion éthique.

Il est aussi des positions dont le bien fondé semble tout à fait évident, et que certaines contingences, évènements ne permettent pas de tenir.

Si l'on intègre l'idée que l'éthique nous oblige à penser le cas singulier dans sa dimension universelle, il ne peut y avoir plusieurs éthiques selon que l'on soit professionnel, patient ou proche, il y a par contre des charges affectives et émotionnelles, des enjeux différents avec tous les mécanismes projectifs ou identificatoires que l'on connaît. Charges affectives qui font écho chez les uns et les autres ; celle de famille, des patients, professionnels...qui déclenchent inmanquablement des réactions dans les équipes et vis et versa. Prendre et tenir une position éthique, c'est souvent remettre les choses en ordre et retrouver l'ordre des choses. La réponse arrive parfois dans cette logique de « l'ordre des choses » lorsque chacun a réussi à comprendre ce qui est le plus important dans la situation vécue.

Il faut par exemple entendre et décrypter pourquoi telle infirmière tient une position contraire au reste de l'équipe. On apprend au décours d'un débat –fort animé – qu'elle a vécu une situation presque semblable dans sa famille. C'est sur le « presque » qu'il faut insister.

Ma profession consiste à mettre toutes ces motions affectives au travail pour trouver la position qui sera la plus juste, la réponse à ce qui est en train de se jouer. Comprendre qui souffre le plus, ce n'est pas forcément le patient aussi vulnérable soit-il. C'est à partir de la plus grande charge de souffrance que l'on doit mettre au travail la réflexion éthique. Et ce, c'est d'ailleurs la grande difficulté, quelque soit le mode d'expression de cette souffrance. On peut comprendre effectivement que les équipes, fatiguées, maltraitées, n'est pas envie

de s'interroger sur la « souffrance d'une famille » qui passe son temps à les agresser.

Mais le taux de souffrance d'un seul protagoniste, quel qu'il soit vient de toutes les façons interroger les professionnels. La question de comprendre qui « souffre le plus » est un dispositif qui permet de prendre du recul par rapport à la situation

Dans chaque situation où un problème se pose, sachant que ce problème nécessite une réponse, qu'un choix, une attitude doivent être déterminés, cela signifie le passage par une dialectique. Toute dialectique échouée ne permettra pas de tenir une position éthique.

Autant une capacité à comprendre les émotions de l'autre est nécessaire, autant une capacité à s'abstraire des émotions pour pouvoir nommer, penser, élaborer, et donner une réponse est indispensable. Le milieu du soin, est un milieu où les logiques différentes se confrontent. Il ne s'agit pas seulement des ambivalences de l'être humain, mais des ambivalences ou les contradictions de tous les protagonistes, celles créées dans le lieu même et celles données par les moyens humains et matériels du lieu. Cela donne parfois des climats passionnels où il faut littéralement défricher le terrain.

L'éthique du soin et des pratiques du soin trouve son intérêt principal dans le fait qu'elle assigne le professionnel à la conscience de ce qu'il fait. L'éthique assigne aussi à la conscience que l'on a de l'autre.

Pendant des décennies on a infligé de grandes douleurs à des nourrissons, à des enfants sous prétexte que l'immaturation de leur système nerveux atténuait voir rendaient la douleur inexistante. Aucun substrat scientifique ne validait ces pratiques qui étaient de l'ordre de la croyance. Il a fallu le combat de quelque pédiatre pour la douleur de l'enfant soit prise en compte. C'est là un combat véritablement éthique.

En établissement gériatrique, le regard que nous posons sur la dépendance est aussi à interroger. Si l'on écarte, que l'on dénie l'effroi qu'un état de dépendant déclenche chez chacun de nous, nous ne pouvons pas comprendre la souffrance des résidents, nous ne pouvons pas comprendre les modes d'expression de cette souffrance.

Condition de l'existence de l'éthique dans les soins, réflexions et pratiques, il s'agit de réinterroger sans cesse les présupposés.

- 1) Une position de la Direction qui favorise et maintien la réflexion des professionnels.
- 2) Une position éthique pour le personnel et les résidants. On ne peut pas demander à un personnel malmené de réfléchir sur le bien fondé de leurs pratiques.
- 3) L'éthique doit être intégrée comme une idéologie de la direction d'établissement en passant par l'encadrement jusqu'aux agents.
- 4) La réflexion est instituée dans le sens d'une cohésion et une cohérence du travail.
- 5) Avoir toujours en tête les questions de bases. Quelque soit l'expression de la souffrance d'un protagoniste. (patient, proche, professionnel) Est-ce que j'aimerais vivre dans le milieu que je contribue à créer et auquel je participe de par ma profession.
- 6) en quoi en tant que professionnel mais aussi en tant que semblable, je participe authentiquement au respect de l'autre, en quoi suis-je bienveillant envers lui ?
- 7) L'intégration de la Loi. Les bien-fondés des interdits et des obligations. L'intégration de la loi, c'est s'approprier le sens même de la loi. L'éthique n'est donc pas un comportement de soumission à la Loi, mais une introjection des valeurs qu'elle porte. Ca n'est pas parce que je vais être puni que je ne fais pas telle ou telle chose, mais c'est parce que je ne veux pas porter préjudice à autrui.
- 8) Ne pas se substituer à l'autre.

La réflexion éthique devrait nous amener à réinterroger les principes qui nous animent, réinterroger aussi la base de nos convictions. Quelqu'un qui n'a que des convictions est potentiellement dangereux.....

Mais l'éthique ne va pas de soi, elle n'est pas acquise une fois pour toute. D'ailleurs elle n'entre ni dans les référentiels ni dans les procédures.

Restent les recommandations officielles de l'ANESM, qui semblent au plus près d'une guidance possible au niveau des principes généraux. Pour les situations concrètes, il nous faut puiser dans nos propres ressources.

Au nom de l'éthique il faut parfois aussi livrer bataille.

L'éthique doit être rappelée sans cesse de quel droit prenons nous telle position ?

Les principes toujours d'actualité peuvent être trouvés chez Hippocrate, chez Maïmonide, pour les grandes figures.

Ce qui a fondé également l'éthique contemporaine est dans les suites des procès de Nuremberg.

La question de l'éthique, telle qu'elle est posée aujourd'hui est relativement récente, mais sa fréquence dans les questionnements est en relation avec les progrès de la médecine et notamment de la technologie médicale avec une remise en débat de la relation particulière entre le patient et son médecin.

Pour terminer, voici les commentaires sur les cas cliniques proposés à votre réflexion en début d'exposé, et les solutions qui sont en cours où qui ont été prises par les différentes équipes auprès desquelles je suis intervenue.

1) Un monsieur qui ne meurt pas. Patient en fin de vie, mais cette fin de vie au-delà de toute attente dure, deux semaines, un mois, deux mois, le patient n'est plus qu'esquarres. L'équipe est traumatisée par les soins quotidiens, la souffrance infligée malgré les morphiniques.

Tous les matins son fils appelle pour savoir comment s'est passé la nuit... bien ? L'épouse qui n'en peut plus de cette « attente de la mort » la souhaite de plus en plus fort.

Un patient qui survit dans des conditions terribles.

La situation est reprise en équipe, avec la Cadre de Santé, et le médecin. La présence quotidienne du fils qui à force de prolonger des gestes et des attentions permanentes qui n'ont plus aucun sens dans le cas de ce patient. Le fils est dans le déni total de la finalité de la vie de son père.

Le médecin rencontre ce fils. Ce monsieur parle longuement de son père et des relations qu'il a eu avec lui et qu'il veut maintenir. Le dialogue s'oriente, vers la position du fils envers la fin de vie de ce patient. Il est question du sens de cette vie encore là. Le médecin demande au fils, de « laisser son père partir », car celui-ci est suspendu au désir fou « d'éternité » du fils, le père est le seul et dernier rempart générationnel qui protège le fils dans son propre statut d'enfant, d'être « le fils de » ce père. Il faut faire comprendre au fils que ce statut est éternel, puisque la vie ne l'est pas.

2) Une dame, relativement jeune (70 ans) qui ne supporte rien. Elle est insupportable, violente verbalement et physiquement. Agresse le personnel et les autres résidents. Très jolie femme, élégante, elle a évolué dans le milieu du cinéma. Un mari dont elle dit être séparée, mais ce monsieur est aussi présent que sa pathologie lui permet. Cette dame a fait deux AVC. Elle semble malmenier son époux et sa fille lorsqu'ils sont là. Les deux sont toutefois « aux petits soins pour elle.

Une équipe qui à force de se faire « sadisée » à opter pour une posture disciplinaire. Adoptant une attitude de « punition ». *Vous n'êtes vraiment pas gentille.*

Il est question de gentillesse, et s'il y a une chose dont la patiente n'a rien à faire, c'est la gentillesse. Les AVC sont vécus comme une injustice flagrante, et l'institutionnalisation qui a suivi comme une punition magistrale. Elle est hostile à ce milieu (qui le lui rend bien) et toute personne qui participe à des soins lui rappelle son état, est forcément honni, ainsi que sa famille qui l'a placée là. Bien qu'elle ait besoin d'être aidée ; Il y a un fonctionnement en miroir. Il faut tenter de faire cesser ce fonctionnement. Réponse hostile à un comportement hostile. Il faudrait que toute l'équipe ait une cohésion et une cohérence sans faille. Toute insistance est à bannir, tout ce qui fait plaisir à cette dame est à rechercher. Sa demande de reconnaissance est telle que tout geste qui lui rappelle sa dépendance, toute parole infantilisante est une insulte. Le milieu du soin est toujours tenté par l'infantilisation, celle-ci est peut-être incluse dans la prise en charge de la dépendance.

3) Une dame qui utilise sa famille pour mettre toutes les propositions en échec. Une mère de famille nombreuse, cinq enfants. Elle est atteinte d'une maladie neuro-dégénérative, et selon toutes vraisemblances anosognosique. Chutes à répétition, dépressive très certainement. Elle assaille littéralement le personnel de ses demandes et sa famille à des exigences qui outre passent les possibilités du service

La famille envahissante, omniprésente qui entrave et critique le travail des IDE, AS et AX, les rapports avec le personnel est affligeant : méprisant, raciste.

A ce niveau là, l'équipe ne doit absolument affronter ni cette patiente ni sa famille. C'est au Directeur d'établissement de prendre la responsabilité d'un entretien et de poser un contrat clair entre les membres de la famille et lui-même. Contrat dont il sera vérifié par la Cadre de santé qu'il est respecté. Le Directeur d'établissement doit veiller à la santé morale et physique des salariés.

4) Une dame qui aurait provoqué les avances d'un monsieur dit qu'il la harcèle. Une partie de l'équipe dit que la dame est « victime » il faut la

protéger et « punir » son voisin. L'autre partie de l'équipe dit qu'elle « l'a bien cherché » et qu'au fond, elle n'a pas l'air si traumatisée que cela.

Dans le service, cette dame cherche à se protéger de ce qu'elle ressent comme une intrusion dans sa vie et dans son espace privé, non seulement par les visites du voisin mais aussi par la compassion, ou l'hostilité de certains soignants, qui se témoigne par une attitude d'exaspération. Dès que le voisin met le pied dans sa chambre la dame sonne. Quelle est la position éthique que peut prendre l'équipe puisque les familles respectives s'en mêlent et reprochent des choses différentes aux divers membres de cette équipe.

C'est à partir de cette scission de l'équipe, qui n'est que l'expression de l'ambivalence de la dame en question qu'un travail est possible

Je demande simplement à l'équipe s'il leur est arrivé au moins une fois de vouloir quelque chose, sans le vouloir en même temps. Chacun de nous peut être ambivalent. En recentrant sur le désir et les diverses façons de l'exprimer, la situation est devenue moins conflictuelle. La dame sonne à chaque visite du Monsieur, pour appeler les soignants à l'aide et renvoyer le voisin dans sa chambre.

L'équipe s'est mise enfin d'accord pour avoir une position claire et laisser à la patiente la possibilité de dire si elle voulait ou non que ce monsieur vienne dans sa chambre, mais qu'elle le formule clairement au monsieur d'une part et à l'équipe de l'autre.

La cadre de santé rencontre les familles pour leur expliquer une partie (seulement) de la situation et la position de l'équipe.

5) La fille médecin d'une résidante qui est en fin de vie, non douloureuse.

La patiente refuse toute alimentation, tout médicament ; la fille demande la pose d'une sonde gastrique et des investigations. Le médecin de l'établissement opte par contre pour des soins de confort. Cette fille s'oppose à l'option du médecin.

Cette fille qui avoue que pour un de ses patients elle a opté pour la même position que le médecin de l'établissement mais que pour sa mère elle ne peut pas.

La fille demande : « nourrissez ma mère ». Faites la vivre Au décours d'un entretien avec cette fille, en présence du médecin, de l'infirmière et d'une aide soignante nous entendons qu'en tant que médecin elle aurait opté pour la position du médecin d'établissement, mais qu'en tant que fille, elle ne peut le faire.

(On voit là toute l'ambivalence de la question – éthique du médecin et éthique de la fille)

Sous jacent à cette attitude, il y a un rapport difficile avec son propre frère, l'enfant préféré de la mère, mais qui est aussi le grand absent. Cette fille se sent dans une position ou en tant que médecin (dit-elle) elle « doit prouver qu'elle a tout fait pour sa mère»..

J'ai demandé à la fille, ce qu'elle pensait être l'essentiel pour sa mère. Celle-ci refuse toute nourriture, alors de quoi peut-on nourrir quelqu'un qui refuse de manger ? Est-ce que la technique médicale (la sonde, les examens complémentaires vont venir remplacer ce dont sa mère à besoin ?
« De quoi pensez-vous que votre mère a besoin de se nourrir ? »

Je recommande particulièrement le livre de Catherine Déliot et Alice Casagrande : **« Vieillir en institution. Témoignages de professionnels, regards de philosophes. » 2005**

Editeur : John Libbey Eurotext.

127, avenue de la République 92120 Montrouge.

e-mail : contact@john-libbey-eurotext.fr