

**Université de Paris-Est**  
**En partenariat avec le CFCPH de l'AP-HP**

**Master 1 de philosophie pratique**  
**Spécialité « éthique médicale et hospitalière »**

**LE CHOIX DE LA CONTENTION PHYSIQUE :**  
**ENTRE LES LIENS DU SOIN ET «LE LIEN DE SOIN»**



**Christine BIGOT**  
**Responsable pédagogique : Monsieur Eric FIAT**

**Année universitaire 2008-2009**

**Université de Paris-Est**  
**En partenariat avec le CFCPH de l'AP-HP**

**Master 1 de philosophie pratique**  
**Spécialité « éthique médicale et hospitalière »**

**LE CHOIX DE LA CONTENTION PHYSIQUE :**  
**ENTRE LES LIENS DU SOIN ET «LE LIEN DE SOIN»**

**Christine BIGOT**  
**Responsable pédagogique : Monsieur Eric FIAT**

**Année universitaire 2008-2009**

## Table des matières

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
SITUATION D'APPEL .....	3
QU'EST-CE QUE LA CONTENTION ?.....	6
PROBLÉMATIQUE .....	10
<b>CHAPITRE PREMIER : .....</b>	<b>12</b>
Loi, déontologie, morale et éthique. Comment respecter les droits de l'homme ?	
LE DROIT OU LA RÉFLEXION VERS LE JUSTE .....	13
LA DÉONTOLOGIE OU LA RÉFLEXION DU JUSTE VERS LE BIEN.....	15
LA MORALE OU LA RÉFLEXION COLLECTIVE .....	18
L'ÉTHIQUE OU LA RÉFLEXION INTERROGATIVE.....	21
<b>CHAPITRE II .....</b>	<b>24</b>
Le choix : entre éthique de conviction et éthique de responsabilité	
LA CONVICTION .....	25
LA RESPONSABILITÉ.....	27
LA DÉCISION PRUDENTE.....	29
<b>CHAPITRE III.....</b>	<b>33</b>
Le Lien de soin	
LE DROIT AU RISQUE .....	33
LA DIGNITÉ .....	36
LA RENCONTRE.....	38
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>43</b>
INDEX NOMINUM .....	46
INDEX RERUM .....	47
BIBLIOGRAPHIE .....	48
ANNEXE .....	50

*« Quelle chimère est-ce donc que l'homme ?  
Quelle nouveauté, quel monstre, quel chaos,  
Quel sujet de contradiction, quel prodige ! »*  
Pascal, *Pensées*

## INTRODUCTION

A l'inverse du Québec et de la Suisse, les références françaises à la contention physique, tant réglementaires que législatives demeurent obscures.

Utilisée le plus souvent pour prévenir les chutes, contenir l'agitation et limiter la déambulation, la pratique de la contention physique des personnes âgées s'est développée de façon importante, presque insidieuse au fil du temps dans les institutions. Des dispositifs de contention existent et le choix offert est de plus en plus large même si les soignants s'ingénient malgré tout à déployer des solutions personnelles détournant ainsi certains matériaux de leur usage accentuant en conséquence le risque en aval de la prescription.

Il est vrai que cette pratique pourtant courante ne figure pas systématiquement dans les divers programmes de formation des professionnels de santé, au regard des problèmes éthiques et déontologiques majeurs que soulève sa seule prescription et que nous détaillerons tout au long de ce travail. En effet, celle-ci expose à de nombreux risques souvent très nocifs pour une efficacité toute aléatoire, sans véritables preuves scientifiques. La contention demeure un tabou éthique tant pour le patient que pour le soignant. Drame aporétique qui oscille entre le choix de l'équipe de porter atteinte à la liberté individuelle du malade en lui retirant le droit de consentir à la dispensation des soins dont il va bénéficier, celui d'accepter ce soin comme une pratique utile, un soin réfléchi dont les risques sont mesurés, une décision entérinée par une prescription médicale appropriée

faute d'autres recours ou alternatives et le refus catégorique de cette méthode qui peut se vivre comme barbare.

Emmanuel Levinas affirme que dans la relation de soin, c'est le malade qui, par sa faiblesse même domine paradoxalement la relation. C'est donc lui qui doit rester le maître. Dans la pratique de la contention, la « faiblesse » du patient s'oppose physiquement à la « force » du soignant et va à l'encontre de l'idée du soin. Elle reste une violence invisible parce que tue, secrète, dont les victimes ne témoignent au risque de devenir banale et coutumière. En effet, certains aspects de la vie institutionnelle peuvent être choquants pour le malade ou le visiteur occasionnel tandis que les personnels, même les mieux intentionnés, ne remarquent plus ce que l'habitude des pratiques a peu à peu estompé.

Ce travail est une ode à la réflexion soignante, une incitation à penser les actes quels qu'ils soient, prenant le contre-pied d'une philosophie de l'application stricte et routinière des procédures, certes institutionnelle mais contraire à l'éthique du soin dès lors que le patient ne participe plus à ce soin.

La contention physique est un acte de soin extrême, à l'instar de toute situation paradoxale remettant en cause le respect de la dignité et la liberté individuelle du patient de par la négation de son droit au risque.

Toute décision menant à une action de soin équivoque ne doit-elle pas être prise avec « *prudence* », c'est-à-dire ne pas se fonder sur une impression de la présence d'un risque mais sur une évaluation précise du risque ainsi que sur un contrat moral entre soignant-soigné afin d'éviter d'une part au patient des souffrances inutiles et d'autre part aux soignants le sentiment de culpabilité ou de mauvaise conscience qui en résulte ?

Le ligotage peut être à l'origine de souffrances physiques ou morales, accentuée de surcroît par l'absence de dialogue, verbal ou non, entre le soignant et le soigné. Si le soignant applique des moyens de contention sans garder un contact thérapeutique avec son patient, il deviendra simple geôlier.

Les liens du soin remplaceront alors, le Lien de soin.

## Situation d'appel

Le patient :

"La perte totale de liberté..... Je pense que c'est la définition de l'impuissance. Si quelque chose est inhumain, c'est bien ça. Je me sentais vraiment mal à l'aise. Comme si j'étais un animal enchaîné. La seule différence était que je n'avais pas de chaîne autour du cou, juste des liens aux poignets.

J'étais dépossédé de moi-même comme devaient l'être les esclaves qui partaient de l'île de Gorée vers une angoissante terre inconnue. J'étais sous le pouvoir de quelqu'un d'autre : manger quand on me disait de manger, utiliser les toilettes quand on voulait bien que je les utilise et si personne ne venait, je faisais dans le lit et je me sentais sale et humilié.

Vous avez tout perdu et une infirmière vient vous dire : « c'est pour votre bien Monsieur ».

Qu'ai-je donc fait pour mériter ça ? Où est ma faute ?

Je me souviens...

J'ai refusé que l'on s'acharne à m'enfoncer ce tuyau dans le nez...

J'étouffais ! Je l'ai arraché. N'ai-je pas droit à faire mes propres choix ? N'ai-je pas mon mot à dire sur les soins qui me sont prodigués ?

Je n'ai plus de famille, mon épouse est décédée l'année dernière et nous n'avons pas eu d'enfants... Quel intérêt de souffrir pour continuer à vivre ... seul...

Cette infirmière ne m'a pas regardé dans les yeux quand elle m'a dit que c'était pour mon bien. Je pense qu'elle n'était pas vraiment convaincue par ses propres mots ou peut-être était-elle gênée de ne pas avoir trouvé une autre solution, de ne pas m'avoir demandé mon avis ? Se sentait-elle coupable elle aussi ou était-ce juste un acte machinal, coutumier pendant lequel elle pensait à tout autre chose ?

J'essayais de capter son regard, d'établir un lien avec elle, de lui dire « regardez-moi, je suis un être humain, j'ai 80 ans d'histoire, un corps et même une âme ! »

Mais je ne pouvais pas parler.

Ce lien invisible d'humanité entre moi, soigné et elle, soignante s'était cristallisé :  
**les liens étaient bien réels et me tailladaient la peau"**

L'infirmière, au moment des transmissions :

"Chambre 5, il y a Monsieur X. C'est un octogénaire qui a fait un accident vasculaire cérébral. Il est aphasique et a des problèmes de déglutition. Il vit seul et est arrivé déjà très dénutri. Le Dr Y a prescrit une sonde gastrique car il fait des fausses routes et risque de s'étouffer.

- Il a de la famille ce Monsieur ? Des enfants ?

Non... je ne crois pas ... je n'ai pas lu son dossier mais je crois qu'il est veuf.

Je lui ai posée ce matin mais il l'a arrachée deux fois ! Je n'avais pas beaucoup de temps... cela a perturbé mon organisation.... J'ai demandé au Dr Y de prescrire une contention des poignets car même si on arrive à le mettre au fauteuil, je n'ai pas envie qu'il recommence !

- Tu lui as demandé son avis au patient?

Non. De toutes façons ce n'est pas possible de faire autrement ... on ne peut pas rester à ses côtés toute la journée avec un service aussi surchargé ! Je ne suis pas sûre qu'il comprenne quelque chose d'ailleurs ! et puis, je préfère limiter les risques ; il risque d'essayer de partir d'ici et de chuter, et puis, sans manger et sans boire il va nous faire des escarres et se déshydrater et ce sera perfusions et pansements en plus ! On a suffisamment de travail !

- Tu lui as expliqué pourquoi tu l'attachais au moins ?

Non .... J'avoue que je lui ai replacé la sonde et que je lui ai passé les liens de contention sans trop discuter ... tu sais bien que ce n'est pas très drôle d'attacher un patient... je n'ai pas eu le courage de croiser son regard... je lui ai juste dit que c'était pour son bien !

- Très bien, j'irai le voir cet après-midi pour essayer de communiquer avec lui, de savoir s'il a de la famille et comment il vit. Il y a peut-être des moyens moins agressifs de le remettre sur pieds. Enfin, encore faut-il qu'il en ait envie !

Tu as raison.... Maintenant qu'on en discute, je culpabilise ... Il doit m'en vouloir ce pauvre patient...on pourrait peut-être en parler tous ensemble au staff demain matin pour trouver la solution adaptée à son cas".

Dans les pays démocratiques qui se font fort d'assurer la libre circulation des personnes, la contention, quelle que soit sa forme, pose d'énormes problèmes inavoués et encore inavouables. Il existe d'ailleurs une contradiction entre la charte des personnes âgées dépendantes et le principe des contentions.

Dans la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante il est inscrit que :

*« La vieillesse est un état physiologique qui n'appelle pas en soi de médicalisation. La dépendance physique ou psychique résulte d'états pathologiques, dont certains peuvent être prévenus ou traités. Une démarche médicale préventive se justifie donc, chaque fois que son efficacité est démontrée. »*

*« Les moyens de prévention doivent faire l'objet d'une information claire et objective du public, en particulier des personnes âgées, et être accessible à tous. »*

Ce qui signifie, que la personne âgée doit être informée du but de la contention. Si cette dernière n'est pas en mesure de comprendre, une explication doit être apportée à sa famille ou à son représentant légal.

De plus il est signifié dans l'article 3 que *« toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société »*. Mais pour Monsieur X, comment communiquer en étant à la merci de l'autre, privé de parole, privé du regard de l'autre qui se dérobe et que des liens vous empêchent de le toucher pour l'interpeler ?

Chaque jour, que ce soit dans l'intimité de la relation inter-individuelle ou dans les enjeux au sein de l'organisation hospitalière, l'équipe de soins est confrontée à des interrogations multiples, successives, où se heurtent en permanence le respect des droits des personnes et les impératifs pratiques des décisions concrètes à prendre.

### Qu'est-ce que la contention ?

Du latin *continere* qui veut dire « maintenir ensemble » et de *contentio* qui signifie « lutte », la contention est premièrement, une tension intellectuelle importante, une application forte, longue et pénible de l'esprit à quelque objet de méditation. Il n'y a entre la *contention* et l'*application*, de différence que du plus au moins ; entre la *contention* et la *méditation*, que les idées d'opiniâtreté, de durée et de fatigue, que la contention suppose et que la méditation ne suppose pas. La contention est une suite d'efforts réitérés. Deuxièmement, c'est en médecine, une action de maintenir ou d'immobiliser momentanément une partie du corps ceci dans le but de soigner. Nous parlerons alors de contention dite « posturale » ou « active » dans un but de rééducation.

De maintenir, la contention physique a pris un sens un peu différent au fil du temps. Il est apparu la notion de contention dite « passive », se rapprochant plus de la notion d'« entrave » et de « contrainte ». Du latin *constringere* qui veut dire « serrer » : lien qui limite, entrave ou empêche l'action et dont le terme opposé serait « liberté », d'où le paradoxe de ce soin qui pose la question du respect de la liberté d'autrui alors qu'il est mis délibérément sous contrainte.

Nous voudrions traiter de la contention dite passive en institution (ligotage, barrières de lit, fauteuil basculé en arrière...) chez la personne âgée encore capable de se mobiliser et non pas de la contention en psychiatrie (chambre d'isolement) ni de la contention chimique qui bien qu'apparentées soulèvent d'autres questions éthiques.

D'où la définition actuelle :

*« La contention physique consiste en toute méthode manuelle, vêtement, dispositif physique ou mécanique, matériel ou équipement attaché ou contigu au corps du résident, que ce dernier ne peut pas enlever facilement, qui empêche son lever et/ou qui limite sa liberté de mouvement ou son accès normal à son propre corps. »*

B. Fromage complète cette définition en mettant l'accent sur la double intervention du soignant :

*« L'ensemble des moyens physiques visant à retrouver partiellement ou complètement les mouvements d'une personne et qui nécessite l'aide d'un tiers pour être enlevés. **La contention suppose donc l'intervention d'un tiers à deux moments.** »<sup>1</sup>*

Cette seconde définition complète la première et s'impose à nous en mettant l'accent sur le fait que le patient est doublement à la merci du soignant, tour à tour bourreau et libérateur. Ce pouvoir, cette relation inégale nous interrogent.

Parce que la contention est une atteinte à la liberté d'aller et venir et parce que le soignant peut se positionner en tant que « tout puissant » une telle démarche doit être strictement encadrée. La décision d'immobiliser quelqu'un est une décision médicale éclairée par l'avis de l'équipe soignante ce qui implique que les infirmiers ou aides-soignants qui décident eux-mêmes une contention commettent une faute susceptible d'engager leur responsabilité. Décision lourdement pesée, la contention ne doit être également qu'un ultime recours et comme le précisait l'ANAES :

*« Pour chaque patient le bénéfice /risque de la contention est évalué, des motivations sont clairement posées et inscrites dans le dossier du patient, un programme individualisé de surveillance et de prévention des risques liés à la contention est établi. »<sup>2</sup>*

En effet, certaines contentions ont entraîné le décès de patients, notamment par strangulation. Elles sont également source de dégradations psychologiques (désorientation temporo-spaciale, syndrome de glissement) et physiques (escarres,

<sup>1</sup> . B. Fromage, M. Perardel, E. Vasseur, M. Gardey, *Contention des personnes âgées – repères éthiques et droit au risque*, Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie, 2003, p. 30-33.

<sup>2</sup> . ANAES, « L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, limiter les risques de la contention physique de la personne âgée », 2000, en annexe.

dénutrition) c'est pourquoi la contention ne peut être décidée à la légère et ses raisons et ses buts doivent être expliqués au patient et à sa famille en recherchant leur consentement et leur participation.

L'HAS préconise également d'installer la personne âgée en préservant son intimité et sa dignité. La contention doit lui permettre d'effectuer les activités de la vie quotidienne et de maintenir son état fonctionnel. Elle doit être levée aussi souvent que possible et ses conséquences sur l'état de santé de la personne doit être évaluées toutes les 24 heures.

Après ces considérations médico-légales qui résument les bonnes pratiques à adopter et qui sont indispensables à la compréhension de notre problématique, nous pouvons affirmer que la finalité acceptable de la contention serait d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux pour elle-même ou pour autrui. De la nécessité de protéger le patient, la contention pose néanmoins de vrais dilemmes aux soignants car outre le fait de considérer froidement cette pratique comme un soin légitime pouvant être vécu comme la stricte application d'une procédure cadrée par les recommandations de l'HAS, elle soulève cependant de véritables questions éthiques parce qu'un recours à la force est en opposition avec les valeurs soignantes, parce que cet acte renvoie le soignant lui-même mais aussi le patient et le public à des représentations négatives telles que la punition, la torture, l'esclavage, l'assujettissement ou l'incarcération comme le précise Robert Huguenot :

*« Lorsqu'on passe en visiteur dans le couloir central d'un service de long séjour et qu'on aperçoit par les portes ouvertes toutes les barrières le long des lits, cela nous rappelle un univers carcéral. »<sup>3</sup>*

Il est indéniable que certains soignants éviteront de se poser des questions en se retranchant derrière l'habitude, en particulier dans les actes en série tels que la mise en place de barrières de lit, la nuit. Cette mise en cage systématique évite de

---

<sup>3</sup>. Robert Huguenot, *La vieillesse maltraitée*, Paris, Dunod 2<sup>ième</sup> édition, 2004, p. 67.

réfléchir à une démarche de soin individualisée, permet de gagner du temps, mais devient de ce fait une négligence collective, un soin empiriste basé sur l'expérience de la routine qui n'est plus un soin et le soignant perd alors toute crédibilité, toute raison d'être en tant que tel.

Même si cette contrainte est un moyen sécuritaire, légalement, les dispositions relatives à la privation de liberté à des fins d'assistance ne comportent aucune base légale pour les mesures de contraintes médicales au sens strict.

Christian de Saussure mène en Suisse une croisade contre le ligotage :

*« Attacher une personne c'est attenter à sa liberté fondamentale et cela représente un crime...chez nous c'est quelque chose que l'on occulte...pourtant tout les procès intentés contre des institutions qui réprimait la liberté des personnes âgées, principalement en les attachant, ont été gagnés. »<sup>4</sup>*

Dans la hiérarchie des valeurs de nombres d'auteurs, la liberté vient en tout premier lieu. Elle prime tout, elle est le cœur, elle est le noyau central des aspirations essentielles de l'homme. Alexis de Tocqueville disait d'ailleurs que *« La liberté est, en vérité, une chose sainte. Il n'y a qu'une autre qui mérite mieux ce nom : c'est la vertu. Encore qu'est-ce que la vertu, sinon le choix de ce qui est bien ? »*.

Nous ne pouvons imaginer que le soignant qui ligote un patient se sente vertueux car il n'a pas l'impression de choisir ce qui est bien, d'être dans le *bien agir*, dans l'*action bonne*, la *visée éthique* que nous définirons plus tard. Même s'il effectue ce geste par routine ou pour sa propre tranquillité, il ressentira au fond de lui les affres de sa mauvaise conscience. C'est pourquoi, dans la situation d'appel, l'infirmière ne regarde pas le patient dans les yeux. Il lui renverrait d'autant plus l'hostilité et l'agressivité de son geste mais aussi, en reprenant la définition de B. Fromage, sa double responsabilité.

---

<sup>4</sup>. *Idem*, p. 65.

Dans quelle mesure peut-elle mettre sous contention un patient qui n'est légalement pas obligé d'accepter les soins en se justifiant par une simple supposition : « Il ne comprend pas ce qui lui arrive » ? Comment peut-elle le présupposer alors qu'elle n'a pas tenté de communiquer avec lui ?

Nous sommes dans la justification d'un acte, d'un soin de l'extrême, comme dans certains cas d'acharnement thérapeutique, qui n'a pas de sens. Cette infirmière ne donne pas de sens à un acte qui pourrait être un crime pénal et qui la rend personnellement responsable.

Il s'agit ici de question de droit positif concernant la liberté de l'individu. Le soignant doit se positionner entre droit et devoir de protection et de sécurité pour le patient.

Même si dans les années 60, Ramsey Clark, ministre de la justice aux USA déclarait : « *Il n'y a aucun conflit entre la liberté et la sécurité. Nous aurons les deux à la fois ou ni l'une, ni l'autre* », le soignant se sent démuné face à ces concepts que nous qualifierons de paradoxaux puisque la contrainte, même sécuritaire, ne rime ni avec la notion de liberté ni même avec celle de sécurité si l'on a en tête ses conséquences désastreuses.

### **Problématique**

La problématique de cette réflexion serait de comprendre le choix de contention physique comme soin pour la personne âgée et comment il peut être accepté par le soignant et par le patient.

Le paradoxe, le dilemme éthique du choix de la contention ne se réduit pas à la question de l'alternative. Il est conflit de valeurs, conflit de conscience et donc, il est en lui-même source d'éthique :

*« C'est au moment du "je ne sais pas quelle est la bonne règle" que la question éthique se pose. (...) Ce moment où je ne sais pas quoi faire, où je n'ai pas de normes disponibles,*

*où je ne dois pas avoir de normes disponibles, mais où il faut agir, assumer mes responsabilités, prendre parti. »<sup>5</sup>*

Certes, la décision de contention relève de la responsabilité professionnelle : disponibilité insuffisante pour une surveillance correcte avec crainte de non-assistance à personne en danger, mais également une responsabilité morale ressentie même à l'absence de faute.

En attachant le patient, le soignant doit donc naviguer et se positionner entre le soin légitime et la violence, la contrainte et la liberté, entre un devoir de protection et un acte de maltraitance, entre la prévention d'un risque et la création d'un risque. Beaucoup de soins n'ont besoin comme références que le droit et la déontologie car ils sont voués à une application stricte et incontournable mais certains, plus complexes, demandent aux soignants de faire appel à la morale et à l'éthique pour choisir entre le bien et le mal, entre le meilleur et le moins pire, entre conviction et responsabilité. Mais comment choisir, comment accepter et faire accepter ce choix ?

C'est ce que nous tenterons de définir dans les prochains chapitres.

---

<sup>5</sup>. Entretien avec Jacques Derrida par Jérôme-Alexandre Nielsberg, *Penseur de l'événement*, *L'Humanité*, Paris, 28 janvier 2004.

*« N'aspire pas, O mon Ame, à la vie éternelle,*

*Mais explore le champ des possibles. »*

Pindare, 3<sup>o</sup> Pythique

## **CHAPITRE PREMIER :**

### **Loi, déontologie, morale et éthique**

### **Comment respecter les droits de l'homme ?**

La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies à Paris le 10 décembre 1948 postule dans l'article 3 :

*« Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne ».*

La lecture extérieure des actes posés dans la situation d'appel risque toujours d'être réduite de façon binaire : « pour ou contre », « permis ou interdit », bon ou mauvais ». Jusqu'où va le droit de ce monsieur à disposer de lui-même ? Jusqu'où va le devoir du médecin et des soignants de respecter ou de contraindre la volonté de ce patient ? Or le cheminement vers la décision est tout autre, complexe et souvent laborieux. Il nous semble incontournable, dans un premier temps, de passer par les quatre espaces d'analyse que sont le droit (normes par consensus social), la déontologie (normes par consensus professionnel), la morale (fondement collectif) et l'éthique (ultime questionnement face à une situation donnée) avant d'aborder plus précisément l'éthique de conviction et l'éthique de responsabilité puis le côté relationnel du soin et de déterminer si une véritable « rencontre » entre monsieur X et l'infirmière aurait pu rendre cette situation de soin moins paradoxale et donc plus supportable pour chacun des acteurs.

### **Le droit ou la réflexion vers le juste**

La loi définit en quelque sorte les normes émanant d'un consensus social dont chacun pourra, a posteriori, se saisir pour faire sanctionner un comportement jugé inadapté, malhonnête ou tendancieux. La loi fonctionne comme un jeu de repères solides inscrit dans les règles collectives, accessibles. Dans le cas présenté, le contrat de soins donne obligation aux professionnels de santé d'expliquer clairement la situation, de proposer une solution et liberté au malade d'adhérer ou non au traitement proposé.

Ce consentement nécessaire à tout contrat entre les soignants et ce patient, doit être selon les termes de la loi : « *libre et éclairé, exempt d'erreurs, de violence, de vice et de vol* », ce qui signifie que le contrat de soins, comme tout contrat, s'engage entre deux volontés libres, conscientes de leur interdépendance.

Le droit des libertés n'a jamais eu pour objet d'assurer à chacun des contractants ce que bon lui semble, mais de protéger chacun d'entre nous contre l'empiètement des autres. En droit positif concret, la liberté de disposer de soi-même n'existe pas. Par contre, le juge définit méticuleusement dans chaque affaire ce qui est une atteinte à la liberté d'autrui. En effet, la loi prend soin, tout en affirmant la nécessité d'un contrat égalitaire et symétrique, de sauvegarder la possibilité d'intervention protectrice de l'individu malgré lui. Elle exige cependant que la probabilité du gain soit suffisante par rapport à l'abstention. C'est ici le cas puisque la contention permettra l'utilisation de la sonde de gavage et conservera la personne en vie et que la vie n'a jamais été un dommage.

Cependant, ne s'agissant pas d'une maladie contagieuse et la pathologie dont est porteur cet homme ne menaçant pas le groupe social, le médecin est privé d'argument essentiel pour le contraindre et ne peut pas le faire par la force.

L'exigence juridique est clairement posée : le médecin, l'infirmière, détenteurs d'un savoir, sont responsables de leurs actes. Qu'ils acceptent l'abstention thérapeutique ou qu'ils contraignent ce malade, leur responsabilité est irréductible et peut toujours, à tout moment, être interpellée devant les tribunaux. C'est la même chose pour tous les citoyens d'un Etat, mais le contact quotidien du

médecin avec la manipulation corporelle d'autrui rend le risque juridique plus grand.

Une poursuite de la famille serait recevable juridiquement, soit par la mise en jeu des articles du code pénal donnant obligation à tous de porter secours à une personne en péril (et la volonté du malade ne suffit jamais à exonérer d'avance la responsabilité du médecin), soit par la mise en jeu des articles concernant la nécessité du consentement des malades, le premier attribut juridique d'un citoyen étant son état corporel.

Dans cet espace, seule la nécessité absolue d'un soin dont on prévoit le bénéfice réel peut, notamment en urgence, justifier un soin exécuté malgré l'avis opposé du malade. Ce geste n'entraînant en principe aucun préjudice et apportant même une amélioration de l'état antérieur, rend la notion de dommage inexistante et donc la plainte irrecevable.

Cependant, l'autorisation laissée au médecin d'un passage à l'acte ne pourrait être entendue devant le droit que s'il assure que la mutilation d'une partie de Monsieur X a pour objet le maintien en vie du tout.

En ce qui concerne les infirmières, désormais, l'ensemble des dispositions relatives à l'exercice de la profession est regroupé dans un seul texte : le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004. On ne distingue plus d'un côté l'aspect technique de la profession et de l'autre les devoirs envers le patient ce qui entérine le fait que le soin infirmier ne se limite pas à un geste technique mais va bien au-delà par une prise en charge globale du patient. On tient compte de la santé physique du patient mais aussi de la dimension psychologique, des souffrances. C'est d'ailleurs dans ce sens qu'a évolué la définition de la santé au fil du siècle dernier. L'article 2 du décret précise que les soins infirmiers s'effectuent dans le respect des droits de la personne, en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ces composantes physiologiques, psychologiques, économiques, sociales et culturelles. L'article 5 stipule que dans le cadre de son rôle propre, l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage.

Ces textes représentent les sources de l'obligation de l'infirmier et servent de références légales aux juges lors des actions en responsabilités médicales menées contre l'infirmier.

### **La déontologie ou la réflexion du juste vers le bien**

Le code de déontologie est un ensemble de normes qui émerge d'un consensus professionnel définissant cette fois, a priori, la règle de bonne conduite. Sa reconnaissance concerne l'ensemble des membres d'une profession. Dans l'exemple donné, il n'existe pas encore de code de déontologie des infirmières françaises. Celui-ci verra le jour très bientôt grâce au Conseil de l'Ordre Infirmier qui fut créé en 2008. Il existe cependant un code de déontologie international des infirmières et les Québécoises sont particulièrement en avance sur ce sujet. Celui des médecins existe qu'il soit français, européen ou international. Il est donc possible d'y repérer les normes régissant la profession sans oublier le célèbre serment d'Hippocrate qui fonde les valeurs médicales. La déontologie rassemble donc plus précisément les éléments d'un discours sur les devoirs.

Le code de déontologie médicale français précise que la volonté du malade doit toujours être respectée dans toute la mesure du possible. Ainsi le groupe professionnel a-t-il érigé en norme le respect de l'avis du malade d'abord, même s'il reconnaît ensuite les risques de situations rares mais réelles où le médecin devra décider, malgré l'avis contraire du malade. Le médecin devra alors argumenter concrètement, et c'est un excellent exercice de l'écrire dans le dossier, pourquoi toute la mesure du possible a été réalisée et justifier pourquoi la contrainte a été imposée.

### ***Le consentement libre***

Le principe de liberté affirmant le droit légal de chacun aux libertés de base se trouve exprimé clairement dans la philosophie éthique et politique contemporaine et ce, en liaison avec le principe d'égalité : chaque personne a un droit égal à l'ensemble le plus étendu de libertés fondamentales. Les libertés sont égales pour tous. De Spinoza (*Traité théologico-politique*) et Rousseau (*Du contrat social*)

jusqu'aux Déclarations des Droits de l'Homme et du Citoyen, ce sont ces libertés de base qui se trouvent explicitées et clarifiées.

Ce droit à la liberté est clairement énoncé en 2002 dans la loi n°2005-370 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Ceux-ci, replacés dans leur contexte en tant que citoyens retrouvent, au sein du système de santé leur liberté, liberté d'action, liberté de participation au soin et aux décisions les concernant. Le Patient n'est plus patient, n'est plus celui qui subit, qui acquiesce sans comprendre face à la toute-puissance médicale mais celui qui consent en toute conscience après une information adaptée, claire et précise :

*« Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter les soins indispensables [...] Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment »*

Le principe de l'autodétermination du sujet capable dans le domaine médical de fournir un consentement éclairé et lucide, de prendre conscience des raisons et motifs, n'est qu'un autre nom ou mode du principe d'autonomie qui gouverne la bioéthique. Le patient retrouve sa liberté dans son autonomie. La contrainte lui fait perdre les deux avec en prime l'annihilation de sa dignité.

On n'épuise pas le sujet de l'information à donner au patient en décrivant le cadre légal. C'est une base que tous les médecins doivent respecter mais, parce que l'information se situe au cœur de la relation soignante, et parce que sa finalité est de permettre au patient d'exprimer un consentement à ses soins, la question de la qualité de la relation est au centre du débat. Dire au patient « c'est pour votre bien » sans toute autre forme d'explication est sordide, entre l'infantilisation, propre aux soins envers les personnes âgées et l'impolitesse.

Alain Froment dans son ouvrage intitulé *Pour une rencontre soignante* décline les modèles principaux de consentement aux soins décrits dans la littérature :

**Le modèle paternaliste**, au meilleur sens du terme avec lequel l'exigence légale de consentement informé est respectée mais l'information, la délibération et la décision vont du médecin vers le patient uniquement. **Le modèle de décision informée**, où l'information se fait surtout du médecin vers le patient, ce dernier prenant en charge, avec les informations qu'il a reçues, l'essentiel de la réflexion et de la décision de soins. **Le modèle de décision partagée**, où l'information est à double sens, et où la réflexion sera faite en commun pour aboutir à une décision partagée. **Le « modèle du médecin parfait, agent du patient »** dans lequel l'information se fait surtout du soigné vers le médecin qui, avec ses connaissances des préférences du patient et ses compétences, délibère et prend la décision. Quelque soit le choix du modèle de décision, le rôle de l'infirmière est essentiel car hormis l'action de faire le lien entre le patient et le médecin, d'apporter des précisions, de décoder, de reformuler, elle influencera souvent cette décision comme nous l'avons vu dans la situation d'appel.

### ***Du juste vers le bien***

Droit et déontologie sont intimement liés dans la recherche du juste alors que morale et éthique, comme nous le découvrirons ci-après, seront plus soudées dans la recherche du bien. Cependant, la déontologie n'écarte pas totalement le bien même si elle privilégie le juste. Si le concept du juste est antérieur à celui du bien, le premier intègre finalement le second ; il y a congruence entre la justice et le bien. Une société bien ordonnée à partir du juste ne réalise-t-elle pas le bien de la communauté ?

*« L'activité collective juste est la forme la plus importante  
du bonheur humain. »<sup>6</sup>*

De plus, comme le fait remarquer Rousseau, seule la « Loi » peut valablement s'opposer à la force. Elle est ainsi indispensable à notre liberté. Pourtant, par exemple, les lois de bioéthiques ont donné naissance à des principes qui nous

---

<sup>6</sup>. John Rawls, *Théorie de la justice*, Paris, Le Seuil, 1987, p. 571.

entraînent vers une « super » éthique, vers une déontologie d'experts, un corpus de règles dérivant vers le scientisme et le technocratisme au milieu d'intentions morales parfaitement louables. Certaines situations de soins doivent nous emmener non pas hors de la loi mais au delà de la loi, au delà de principes à appliquer, au delà des règles prises pour argent comptant :

*« Aussi loin que la réflexion se pose, l'alternative existe : d'un côté, le sentiment spontané du bien et du mal, de l'autre une conscience forgée par des croyances et des lois. »<sup>7</sup>*

C'est la notion de « bien » qui donne la qualification positive de l'acte. Du droit à la déontologie et du juste vers le bien donc vers le concept de morale, c'est dans cette fourchette, déjà plus étroite que l'argumentation doit se poursuivre.

### **La morale ou la réflexion collective**

La notion de morale renvoie à l'existence d'une distinction entre le bien et le mal peu facile à discerner en médecine quand nous sommes amenés à choisir plus régulièrement entre le bon et le mauvais ou plus particulièrement encore entre le mauvais et le pire. Elle s'apparente également à l'action. Tout beau discours n'étant pas suivi d'action semble stérile. L'action apparaît bien comme une nécessité impérative car ce n'est que dans l'action que la morale se réalise vraiment.

La morale fait partie avec la technique et le langage de l'héritage que l'homme trouve en naissant et qu'à ce titre il tient de « nature » qui vient du latin *nasci* qui veut dire naître. Il est nécessaire de préciser quelques aspects de la distinction débattue entre morale et éthique. Les deux termes font références aux comportements humains et aux mœurs mais morale vient du latin *mores* et éthique vient du grec *éthos* et *éthos*. Penser « éthique » passe mieux que faire de la morale. Il y a donc un discours de modernité tendant à reléguer la morale dans un

---

<sup>7</sup>. Collectif d'auteurs, « d'où vient la morale ? », *Sciences Humaines*, n°187, Auxerre, DEMOS FORMATION, novembre 2007, page 16.

courant spiritualiste qui souhaite la morale vivante incarnée, proche de l'action alors qu'elle est également de l'ordre du concept, du principe faisant référence à un fondement déjà collectif, quelque chose qui dépasse la seule référence individuelle. Par exemple, affirmer que "l'embryon est une personnalité future" est un principe de morale religieuse chrétienne, savoir que la marque de la maternité prédomine dans la religion juive et celle de la paternité dans la culture musulmane, sont des concepts moraux sur lesquels le médecin ne peut faire l'impasse dans la conduite d'une décision.

Si la règle morale se présente comme l'artifice qui gère les conduites humaines et les rapports des hommes entre eux sur la base d'une indétermination native, cet artifice est d'ordre culturel, il s'inscrit donc dans la mémoire individuelle et collective des individus, des groupes et dans l'espace social de leurs relations variées. C'est pourquoi, le médecin, l'infirmière n'en sont pas moins hommes avec une éducation, une morale individuelle, des convictions qui influenceront implicitement leurs décisions professionnelles. Certains feront passer leurs propres intérêts avant tout : contention à la chaîne pour ne pas être dérangés, d'autres auront un questionnement éthique quant à l'intérêt du patient qui passera avant le leur.

La matière du livre de Michel Terestchenko « *Un si fragile vernis d'humanité, Banalité du mal, banalité du bien* », est l'analyse des facteurs qui permettent de mieux comprendre les conduites humaines de destructivité et les motivations qui, à l'inverse, sont au cœur de l'engagement altruiste.

La personnalité individuelle s'éprouve comme ne pouvant échapper à la responsabilité irrévocable vis-à-vis de soi et d'autrui qui s'impose à elle, et que, accordant ses actes à ses convictions, elle trouve ainsi « *le chemin de la plus haute réalisation de soi que seul l'homme de bien accomplit.* »<sup>8</sup>

Le postulat qui soutient que l'être humain est principalement mû par la quête de son avantage propre et qu'il est naturellement indifférent à autrui est posé comme un axiome de base par John Rawls :

---

<sup>8</sup>. Michel Terestchenko, *Un si fragile vernis d'humanité, Banalité du mal, banalité du bien*, Paris, La Découverte, « poche », 2007, p. 20.

*« Si nous ne sommes pas , pour la plupart d'entre nous des héros de l'éthique, prêts à toujours faire passer le bien d'autrui avant le notre, le sentiment de sympathie nous ébranle assez pour que la maladie de nos proches, le malheur de nos voisins ou parfois même la détresse de sinistrés que nous ne connaissons pas nous incitent à venir, dans la mesure de nos moyens, à leur aide. »<sup>9</sup>*

Nous pouvons même dans *certaines circonstances*, cette nuance est capitale, nous astreindre à la docilité, à la servilité, à l'obéissance aveugle aux ordres, et mesurer notre propension à se conformer aux comportements du groupe ou au rôle qu'une institution attend que nous jouions.

En effet, certaines institutions manquent de personnel soignant, la charge de travail est lourde, les infirmières sont fatiguées, l'équipe n'a adopté aucune politique concernant la contention et il est plus facile de se laisser aller à la facilité, à mettre systématiquement les barrières de lit, à attacher les mains quand le patient est récalcitrant... Il faut aller vite, ne pas perdre de temps à expliquer, informer... certains soignants préféreront les effets secondaires de la contention, moins spectaculaires que ceux de la chute et pourtant bien souvent tellement plus dangereux !

Il en découle alors une dissociation entre les actes et la conscience, d'où le paradoxe de certains soins comme la contention. Le sens moral serait émoussé, en proie à la banalité du mal.

En pratique, les valeurs morales encore partagée par le plus grand nombre ne suffisent pas toujours à permettre le consensus d'autant que fasse à une situation comme celle décrite, nous sommes moins à la recherche du bien que du moindre mal. C'est alors que nous parlerons davantage d'éthique.

---

<sup>9</sup>. John Rawls, *La théorie de la justice*, « op. cit. », p. 574.

### **L'éthique ou la réflexion interrogative**

Avide de théorisation éthique, notre temps vit néanmoins sous le signe d'une éthique souvent problématique. L'éthique est davantage de l'ordre de la mise en œuvre d'un comportement personnel et non automatique. Elle ne plaque pas d'avance sur une situation donnée des idées préalablement établies, mais elle les confronte dans une situation où d'autres valeurs sont également en jeu :

*« Là où l'éthique jaillit en pleine lumière, c'est lorsque la situation-cas relativement fréquent(e) est conflictuelle ; quand il existe une discordance interne à l'éthos lui-même ou plus exactement quand il y a concurrence entre des éthos et qu'une cassure du consensus existe au sein d'un groupe déterminé ou entre groupe ou encore d'une culture à l'autre. »<sup>10</sup>*

A la différence de la morale que Paul Ricœur définit par ce qui « *dans l'ordre du bien et du mal, se rapporte à des lois, des normes, des impératifs* » ; l'intention éthique désigne « *le caractère de projet de l'éthique et le dynamisme qui la sous-tend* ».

L'éthique est donc interrogative, née de la question posée par une situation concrète au sein de laquelle sont mises en œuvres nos émotions. Dans le cas cité, interrogations et émotions sont liées à un conflit de valeurs, valeur morale qui s'imposent à nous en refusant la violence de l'acte de soin et responsabilité professionnelle qui s'impose à nous en acceptant cette violence dans le seul but de protéger la vie. Cette référence à la décision à prendre suppose un choix, meilleur compromis possible entre les valeurs en jeu portées par les acteurs en jeu dans la situation concrète où l'on est.

L'éthique déconstruit les règles de conduite qui forment la morale, les jugements de bien et de mal qui se rassemblent au sein de cette dernière. La contrainte d'un patient nous oblige à porter un jugement moral sur nous-mêmes et un jugement éthique sur notre pratique.

---

<sup>10</sup>. René Simon, *Ethique de la responsabilité*, Paris, Editions du cerf, 1993, p. 29.

Pour Jean Bernard « *L'éthique est l'expression de la mesure. Elle est garante de l'harmonie qui résulte de la bonne tenue de l'âme et qui commande la juste place de toute chose (de tout acte) dans le monde ; Ainsi, [...] l'éthique a pour objet la relation de l'âme avec l'environnement* ».

Nous devons nous tourner vers la réflexion éthique, c'est-à-dire nous concentrer sur le lieu où nous sommes, sur notre fonction de soignant (*êthos* indiquant une manière d'être, de s'habiter mais aussi d'habiter un lieu) parce que notre objet de production n'est pas n'importe quel objet. Il est notre semblable celui avec qui nous partageons notre humanité. Si nous nous confrontons parfois au vide éthique, au comment faire ? Nous devons intellectuellement nous re-professionnaliser, rassembler notre savoir faire et notre savoir être qui nous montreront le chemin vers le « devoir être » ; cela nous ramène à l'impératif catégorique kantien : « *Obéis à la loi universelle* ».... « *Agis de telle sorte que tu puisses également vouloir que ta maxime devienne une loi universelle* ». Mais pouvons-nous, en tant que soignant, alors que chaque cas est unique, que chaque situation est particulière, nous référer à un paradigme alors que nous soignons bien souvent dans la contradiction, dans le paradoxe ?

Cette réalité nécessite donc que chaque décision éthique trouve son expression pour s'inscrire dans une histoire où tout automatisme technique habituellement reconnu comme faisant la compétence d'une équipe doit être banni. Dans le cas évoqué, ce refus de soin entraînant la réflexion d'une mise sous contention peut émaner d'un réel et serein désir de mort, ou être la réponse à une situation de crise à laquelle ce vieux monsieur est confronté. L'infirmière ne connaît ni l'origine de l'homme concerné, ni ses références religieuses, sociales ou culturelles pouvant déterminer son comportement personnel devant un risque de mort prévisible sans alimentation et réhydratation. Certes, il pourrait être qualifié de conforme à celui de beaucoup de personnes âgées isolées qui vous dirons que "*tout ça n'a plus vraiment d'importance*"...mais ce n'est pas dans cet état d'esprit que l'infirmière doit raisonner.

Il convient donc de faire un véritable travail de décodage qui est de la responsabilité spécifique des soignants et qui passe par une connaissance du

contexte de vie du patient et donc par la communication en amont de la prise en charge mais aussi, au moment du soin.

La vulnérabilité induite par la maladie et l'âge avancé, qu'elle soit potentielle, déclarée ou supposée confère des droits supplémentaires particuliers au malade, car elle le fragilise et le soumet. C'est la communication avec le patient, **les liens** que nous tisserons entre lui et nous qui peuvent sauvegarder sa dignité et nous irons même plus loin en affirmant qu'elle sauvegardera la notre ! Car la communication est le fondement du soin. Il n'est plus à prouver qu'il convient de toujours parler au patient, et ce, quel que soit son état et que par là, comme le dit Paul Ricoeur dans cet extrait de *Soi-même comme un autre* : « *que l'inégalité de puissance vienne à être compensée par une authentique réciprocité dans l'échange* ».

Il apparaît que l'équipe de soins, au-delà des pratiques de soins qui lui sont signifiées par son statut (et protégées par la loi, y compris dans les conséquences juridiques d'une thérapeutique contraignante pour le malade) ne saurait justifier une attitude interventionniste indélicate ou cette protection qui aggraverait forcément la situation traumatisante dans laquelle sont immergés les acteurs.

Nos obligations sont issues de la loi juridique, déontologique en même temps que de la morale et de l'éthique qui finalement, nous obligent à aller « au-delà », au-delà de nos convictions dont le déterminisme est encore trop souvent l'expression spontanée de difficultés émotionnelles que provoque ce type de soin « extrême » et si par habitude, nous nous laissons aller au systématique, aux soins en série, le lien que nous créerons avec le patient nous « obligera ». Nous nous sentirons alors responsables de cette vie entre nos mains.

Mais avant d'aborder cette rencontre, il nous faudra prendre des décisions, faire des choix, s'interroger éthiquement et faire appel à ce que nous sommes en tant qu'homme et à ce que nous sommes en tant que soignant. Il nous faudra aller et venir entre conviction et responsabilité.

*« Dites-moi, continuai-je, quand on abandonne ses sentiments personnels pour ses sentiments professionnels, cet acte ne pourrait-il pas être défini comme une sorte de mutilation volontaire ? »*

Jack London, *Le talon de fer*

## CHAPITRE II

### Le choix : entre éthique de conviction et éthique de responsabilité

Comme nous l'avons décrit précédemment, nous sommes confrontés en tant que soignants à ces deux versants de l'éthique dans les situations de soins paradoxales. En effet, nous naviguons entre nos **convictions** profondes du bien et du mal : " attacher quelqu'un, ce n'est pas bien, ce n'est pas ma conception du respect de l'autre " et notre **responsabilité** professionnelle : " je suis responsable de cet homme, il ne doit rien lui arriver, il faut qu'il se nourrisse pour vivre, je dois mettre en œuvre tous les moyens pour sa survie, c'est mon devoir de soignant".

Nous devons cette distinction entre éthique de conviction et éthique de responsabilité à Max Weber au début du XXème siècle et Christian Gilioli nous explique plus récemment que « *le passage de l'une à l'autre permet d'accepter un acte que l'on aurait réprouvé en tant que tel* »<sup>11</sup>. Il pense que cette éthique de responsabilité est à la lisière du conséquentialisme dont la particularité est de s'intéresser davantage aux conséquences de l'acte qu'à l'acte lui-même. Tout acte serait acceptable au vu des conséquences positives qu'il engendrerait. Les bénéfiques de certains actes les rendraient plus moraux ou tout au moins polariserait l'analyse morale sur les résultats bénéfiques découlant de ces actes.

---

<sup>11</sup>. Christian Gilioli, « Ethique de responsabilité et éthique de conviction », *Soins Cadres de santé*, n° 64, Issy-les-moulineaux, Elsevier Masson, février 2009, p. 47.

Max Weber présente ces deux maximes comme totalement différentes et opposées et pourtant n'y aurait-il pas passage possible de l'une à l'autre surtout dans le domaine du soin ? Etre trop rigoureux sur la conviction peut nous faire agir selon des principes moraux obsolètes ou passésistes mais trop oublier ses convictions c'est « *prendre le risque de perdre son âme* »<sup>12</sup>. Par soucis de responsabilité nous sommes autorisés à entamer notre conviction et inversement sans que l'on sache vraiment qui gouverne l'autre.

### **La conviction**

Dans les décisions, quelles que soient leur urgence et les modalités de leur mise en œuvre, demeurent toujours fondamentalement, la nécessité de faire la place aux raisons de vivre et de mourir qui sont les nôtres, autre manière de désigner ce qu'à la suite de John Rawls et Paul Ricoeur, on nommait les convictions bien pesées. Ce sont celles qui donnent un sens, en dernière instance, à l'aventure humaine.

De nombreuses lois et conventions protègent les citoyens des discriminations liées aux convictions comme à d'autres critères de race, de sexe etc... La limite est en revanche plus ténue entre la liberté d'expression et la provocation, l'insulte ou l'offense.

Il faut faire une distinction entre conviction, croyance et opinion. La conviction se distingue de la croyance en ce qu'elle participe à la construction de l'identité individuelle et sociale. Dans l'histoire ou l'actualité, c'est principalement l'aspect social de la conviction qui lui donne son rôle.

Dans le cas de la croyance, le sujet admet que les croyances d'un autre puissent légitimement différer des siennes, différence qu'il considère comme erronée dans le cas de la conviction qui se veut universelle. La croyance implique une renonciation à la connaissance, d'où parfois une éventuelle honte qui fait que des croyances puissent être affichées comme des convictions. Il semblerait que dans le cas de la conviction, il y ait renonciation à la démonstration ou alors, la démonstration est considérée par le sujet comme existante mais non connue. Pour la croyance, la démonstration est considérée comme inexistante ou non encore existante.

---

<sup>12</sup>. *Idem*, p. 48.

L'opinion se rapproche plus du savoir. Il est la matière première de la démarche intellectuelle de se forger une opinion. Emile Michel Cioran dira « *Des opinions, oui ; des convictions, non. Tel est le point de départ de la fierté intellectuelle* ». La conviction se situerait entre la croyance et l'opinion.

La conviction est la certitude, et non simplement la croyance, de l'existence d'une démonstration. La certitude s'identifie à la certitude de l'existence d'une démonstration reproductible, c'est-à-dire, en particulier, accessible à tout moment. La démontrabilité présente ne laisse pas la place au doute sinon la conviction devient croyance. Si la conviction est démontrable et reproductible elle devient une opinion. Il serait dangereux de soigner selon nos croyances. Est-il possible de le faire selon nos convictions ? Comment la pensée peut-elle décider d'attribuer une valeur de vérité à une chose non démontrée voire non démontrable. « Considérer comme vrai » semble paradoxal. « Agir parce que nous démontrons que cette chose est vraie » semble déjà plus normal dans le cas où l'action est nécessaire, ou si une évaluation des probabilités de chaque alternative amène à une possibilité dominante du bien.

Agir, dans le domaine du soin selon ses convictions de ce qui est bien ou de ce qui est mal pour le patient semble donc être une condition nécessaire mais non suffisante pour ne pas se fourvoyer dans l'erreur. Saint Paul affirme que « *tout ce qu'on ne fait pas par conviction est péché* » alors que Nietzsche le contredit par cette phrase : « *En vérité, les convictions sont plus dangereuses que les mensonges* ». Les convictions ne sont pas forcément religieuses mais ne sont-elles pas de simples jugements de valeurs érigés sur un socle fragile et infondé ?

Max Weber dira qu'obéir à ses convictions, qu'elles soient pacifistes ou révolutionnaires, c'est ne pas se soucier des conséquences de ses actes et il ira plus loin en affirmant que les bonnes intentions et les cœurs purs ne suffisent pas à justifier les acteurs. En effet, aucun homme n'a le droit de se désintéresser des conséquences de ses actes.

Les convictions ne seraient donc intéressantes que restées au stade d'idées ou de concept. Dès qu'il y a action, notamment dans le soin, c'est la morale de la responsabilité qui doit entrer en jeu : « *La morale de l'homme d'action est bien celle de la responsabilité* »<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup>. Max Weber, *Le savant et le politique*, Paris, Editions 10/18, 1996, p. 32.

## La responsabilité

De façon inconsciente, les professionnels et les soignants ont spontanément tendance à hiérarchiser les risques auxquels eux-mêmes et les personnes dont ils s'occupent sont exposés : les risques de chutes et de fugues sont généralement surévalués alors que ceux liés à la perte d'intégrité psychique et sociale sont facilement minimisés. À l'évidence, la sensibilité des professionnels se porte davantage sur les conduites à risque accidentel dans lesquelles le défaut de surveillance et leur responsabilité pourraient être plus facilement mis en cause.

La question du soin a toujours privilégié le relationnel dans les institutions gérontologiques, la technicité des personnels s'oriente prioritairement sur les aspects du « care », laissant ainsi une place exorbitante à l'affectivité, ce qui contribue à accentuer le sentiment de responsabilité du soignant à l'égard des personnes qu'il a en soin. La conscience de cette responsabilité aura comme corollaire la manifestation d'une volonté de maîtriser la situation, d'éviter les zones de risque et entraînera insidieusement des restrictions de liberté.

Comme nous l'avons écrit précédemment, c'est le passage à l'action va réveiller l'éthique de responsabilité. Certes, celle-ci s'appuie sur le droit et la déontologie, les repères sociétaux, le rythme des progrès techniques, sur l'économie aussi, et c'est de cette éthique dont a besoin la pratique soignante qui s'exerce toujours au contact intime de situations singulières et de personne unique.

L'éthique de la responsabilité dans les soins, c'est donc comme l'écrit Max Weber, celle « *du métier qui tient compte des conséquences possibles de nos actes, et laisse place au compromis* » à l'inverse de l'éthique de conviction qui ne laisse place à aucun arrangement.

Le verbe latin *respondere* signifie à la fois répondre à un appel d'un homme qui me demande une aide et aussi comparaître devant un tribunal, c'est donc à la fois s'inscrire dans une demande qui nous est adressée et aussi répondre à une citation pénale. Sous le premier aspect, être responsable, c'est apporter son concours à une autre personne, ce qui suppose une solidarité des personnes, une

relation éthique. Sous le second aspect, être responsable, c'est être redevable de ses actes devant la loi, dans une relation juridique. Ce n'est pas un hasard s'il y a double sens. La responsabilité juridique suppose la responsabilité morale.

Nous sommes donc pris dans le réseau que tisse notre relation avec d'autres personnes. Le seul fait d'agir modifie notre relation au monde. Nous sommes toujours en « situation » et plus particulièrement, dans le monde de la santé, en situation de soin. L'« acte » médical, l'« acte » de soin est un vocabulaire employé qui n'est pas anodin. La responsabilité donc veut dire qu'il existe un lien indissoluble entre celui qui agit et les modifications qu'engendre son action dans le monde qui l'environne et plus spécifiquement sur le patient ou le résident. Celui qui est responsable est supposé avoir une emprise sur ce qu'il doit *surveiller*, sinon, la responsabilité perdrait son sens.

Cependant, la responsabilité envers autrui peut être envisagée d'une façon différente. La pensée d'Emmanuel Levinas à ce sujet ne laisse pas indifférent car il écrira qu'il faut penser notre rapport à l'autre en ayant à l'esprit que nous ne le possédons pas et que ce contact loin de rester une interrogation théorique deviendrait une responsabilité éthique. Pour lui, il importe moins de connaître le patient, de le comprendre que de le *re-connaître* dans sa radicale singularité. L'appel du visage est un impératif donné à notre responsabilité, un commandement. Nous ne sommes plus seulement responsable de l'autre mais responsable de sa responsabilité. Non, seulement nous devons répondre **à** l'autre mais aussi répondre **de** l'autre. Rencontrer son visage suppose le passage du *dévisagement* à l'*envisagement*. Il ne s'agit pas de voir la structure du visage, de se tourner vers autrui comme vers un objet. Le philosophe pousse son raisonnement en affirmant que la meilleure façon de rencontrer autrui, consiste à « *ne même pas remarquer la couleur de ses yeux* »<sup>14</sup>. Cette réflexion sur le visage est intéressante car elle invite chacun à ne pas identifier l'autre avec ce que la vue peut en obtenir et à ne pas jauger le respect à son égard en fonction de son identité sociale. Elle nous ramène au statut souvent dévalorisé du vieillard et au respect de la dignité que nous développerons dans le chapitre suivant. Rappelons cependant

---

<sup>14</sup>. Emmanuel Levinas, *Ethique et infini*, Paris, Fayard, 1982, p. 79.

que dans la situation d'appel, l'infirmière ne regarde pas le patient. Elle l'ignore afin de ne pas être atteinte ou blessée par son propre geste.

L'éthique de responsabilité *oblige* le soignant vis-à-vis du soigné. Elle l'incite à ne pas tomber dans la routine, à bannir les soins en séries ou le bien et le mal ne sont plus « pensés », ne font plus surface dans le registre des valeurs, ne sont plus moteur ou frein à l'acte soignant. Elle doit s'appuyer sur les rôles, les missions claires et identifiées des différents acteurs, les compétences toujours évolutives, donc la nécessaire formation initiale et/ou continue, la dimension économique incontournable, l'indispensable collaboration entre tous les acteurs : « *faire d'un problème solitaire, une décision solidaire* »<sup>15</sup>.

### **La décision prudente**

Mais faut-il choisir entre conviction et responsabilité ? La question éthique se pose dès lors qu'un homme se demande pourquoi il doit faire ce qui lui paraît juste et bien, étant établi que cette fin rationnelle ou raisonnable exige que soit maîtrisées ses impulsions irrationnelles, qu'il fasse autre chose que simplement satisfaire ses impulsions primitives.

Faute de jugement scientifique ou du moins rationnel sur les valeurs qui le meuvent, l'homme est livré à l'arbitraire de décisions toutes également justifiables ou injustifiables. Quels sont les motifs qui le poussent à suivre la voie de la raison plutôt que ses passions, puisqu'il est contraire, même pour le sens commun moral, d'appeler « juste » ou « bien » le simple fait d'obéir spontanément à nos désirs irrationnels. Autrement dit, les mobiles proprement éthiques ne sauraient se passer d'une fondation rationnelle, même pour celui qui prône une conception purement « égoïste » des fins de l'action humaine : *la réalisation de son propre bonheur*<sup>16</sup>. Il s'agit ici du bonheur de l'autre. Pourtant, quand au moment des transmissions l'infirmière dit " il va nous faire des escarres ", elle ne voit que la surcharge de travail occasionnée, les souffrances que cette pathologie causera au patient passent

---

<sup>15</sup>. Guy Llorca, *Ethique et pratiques hospitalière*, Lyon, Presse Universitaire de Lyon, 2005, p. 115.

<sup>16</sup>. Michel Terestchenko, *Un si fragile vernis d'humanité, Banalité du mal, banalité du bien*, op. Cit., p. 243.

en second plan. Le choix de la contention peut être un choix égoïste. Il n'est pas anodin.

C'est avec la préférence que nous entrons dans le domaine de l'éthique. Le questionnement naît très souvent d'un choix à faire, d'une décision à prendre. C'est elle qui fait la spécificité de l'agir humain en tant qu'humain : « *nous délibérons*, écrit Aristote, *sur ce qui dépend de nous et peut être effectué par nous* ». Il ajoute que la délibération porte sur les moyens et non sur les fins : « *Nous ne délibérons pas sur les fins à atteindre mais sur les moyens d'atteindre ces fins* »<sup>17</sup>. Cela veut dire que pour être moralement valable ou légitime, le rapport moyen-fin doit impliquer l'immanence des moyens à la fin sur le plan de l'efficacité : trouver des fins mobilisatrices de l'action et se donner les moyens adéquats pour les effectuer. L'expression la plus courante pour qualifier éthiquement la dialectique « moyen-fin » s'exprime dans la maxime : la fin ne justifie pas les moyens. On ne peut, pour obtenir une fin axiologiquement supposée bonne, choisir des moyens axiologiquement mauvais.

L'*Ethique à Nicomaque* d'Aristote se comprend d'ailleurs dans une perspective téléologique puisque la justice s'y trouve définie à partir du bien et de la fin dominante de l'homme :

*« Mais dans toute action, dans toute décision réfléchie, le bien est la fin même qu'on poursuit ; et c'est toujours en vue de cette fin que l'on fait constamment tout le reste. »*<sup>18</sup>

L'activité mentale qui se déploie dans la délibération se produit en vue d'une fin, à la recherche de motivation et de raison d'agir qui justifieront et légitimeront notre action à nos yeux et aux yeux d'autrui. Mais s'il y a débat, c'est que plusieurs solutions sont possibles, ne fut-ce que l'alternative : agir ou ne pas agir. Contenir ou ne pas contenir, prendre le risque de la chute, prendre le risque de violer l'humanité de l'autre en l'attachant : il faut décider.

Avec la décision, on touche à un point essentiel de la démarche éthique. L'étymologie est déjà révélatrice, selon laquelle le terme de *de-cidere* (de *de* et

<sup>17</sup>. Aristote, *Ethique à Nicomaque*, Paris, LGF, « le livre de poche », 1992, p. 120.

<sup>18</sup>. *Idem*, p. 49.

*caedere*) signifie « détacher en coupant, retrancher, trancher » et suggère - chose beaucoup plus marquée dans l'épisode légendaire du nœud gordien - un arrêt sur la chaîne de la délibération ou dans le cours du débat, arrêt qui peut se faire avec une certaine violence : il faut trancher dans le vif.

Dans le cas de la contention, c'est dans l'inconfort qui résulte de l'écart qui existe entre « le respect de la norme » (la sécurité) et le « respect des personnes » (la dignité) que la décision est à prendre. On pourra redire ici, avec Aristote, qu'en l'absence du critère moral de la norme, c'est l'homme bon qui est la « mesure » de l'action bonne, et c'est dans cet interstice qu'interviendra la *phronésis*, la sagesse pratique, la prudence.

La prudence fait partie des vertus intellectuelles qui pour Aristote vont rendre l'homme meilleur et lui faire atteindre le bonheur. L'homme prudent est celui capable de bien délibérer, « le délibérateur » étant celui qui sait correctement évaluer, calculer et réfléchir :

*« Le moment de la délibération, le moment aporétique pourra être décrit comme une syncope dans le cours du temps, comme une faille dans l'être. »<sup>19</sup>*

La prudence intervient lorsque la décision revêt un caractère aporétique, quand la simple application des règles ne donne pas assez de lumière pour savoir que décider. Elle fait appel à la raison et permet aux hommes de voir ce qui est bon pour eux et bon pour ceux dont ils ont la responsabilité. La prudence modère les jugements de valeurs, les passions, les sentiments trop confus qui brouilleraient l'action morale :

*« Il faut donc nécessairement reconnaître que la prudence est ce mode d'être qui, guidé par la vérité et la raison,*

---

<sup>19</sup>. Eric Fiat, cours de master 1 de Philosophie pratique, « *Aristote, Ethique à Nicomaque* », 2008-2009, p. 5.

*détermine notre action, en ce qui regarde les choses qui peuvent être bonne pour l'homme. »<sup>20</sup>*

En conclusion de ce chapitre et pour en revenir à cette décision que le soignant doit prendre en naviguant entre éthique de conviction et éthique de responsabilité lors de situation de soin extrême comme la mise sous contention, nous pouvons dire que la prudence permet de trouver un compromis raisonnable. Le pacifiste refuse d'entrer dans la guerre, le syndicaliste révolutionnaire – tel que le construit Max Weber – va jusqu'au bout de la volonté de guerre. L'un et l'autre rejette toute prudence, ce que le moraliste de la responsabilité leur reproche à juste titre. Le non inconditionnel, absolu, au risque de tout perdre, est l'expression dernière de ce que Max Weber appelait la morale de la conviction. Il n'y a pas de responsable qui ne sera acculé un jour ou l'autre, à dire lui aussi « non », quel qu'en soit le prix, *weil et nicht anders kann*, parce qu'il ne peut pas faire autrement. En bref, la prudence, dans laquelle se composent normalement affirmation de volonté et souci des conséquences, permettra au soignant de prendre la bonne décision, de faire le choix le mieux adapté à la situation, à la personne sur qui il doit veiller. La rencontre qui surviendra ensuite permettra de conforter ce choix ou peut-être de le modifier mais le résultat sera l'acceptation sereine et éclairé de cette décision par les deux parties.

---

<sup>20</sup>. Aristote, *Ethique à Nicomaque*, *op. cit.*, p. 245.

*« Mais qui est-ce qui ne plaint pas le malheureux qu'il voit souffrir ? Qui est-ce qui ne voudrait pas le délivrer de ses maux s'il n'en coûtait qu'un souhait pour cela ? »*

Jean-Jacques Rousseau, *Emile*

## **CHAPITRE III**

### **Le Lien de soin**

Après avoir, dans le chapitre précédent porter notre réflexion sur l'éthique soignante, vient le moment de nous pencher sur le patient, cette personne âgée, fragilisée, en position de faiblesse mais qui n'en reste pas moins humaine et libre. De son droit au risque, au respect de ses désirs, de sa volonté, nous en viendrons au concept de dignité qui n'émerge que dans la relation à l'autre, dans la rencontre.

#### **Le droit au risque**

Aujourd'hui, les pratiques contraignantes et sécuritaires ne puisent plus leur fondement sur la gestion d'une exclusion à dominante sociale comme au temps des hospices. C'est la confrontation à la fin de vie et à des degrés de plus en plus élevés d'incapacité fonctionnelle et de handicap des résidents qui génère ce type de réflexe, dans un contexte général d'amélioration de l'état de santé et d'augmentation de l'espérance de vie. Ce paradoxe conduit à dénier au vieillard, à l'encontre de son bon droit, la possibilité de prendre seul ses décisions, au motif qu'elle représente un risque. La multiplication des recommandations n'est pas parvenue à atténuer les pratiques sécuritaires, en dépit du consensus reconnu sur la préservation de l'autonomie.

Dans notre contexte, la contention peut être une forme d'acharnement thérapeutique ou tout au moins d'acharnement sécuritaire en passant par la case maltraitance et cela pour échapper à la culpabilité. Peut-on parler d'abus de pouvoir dans la démarche de soin ? Cet abus de pouvoir serait plus acceptable

que le droit de prendre des risques dans une société riche et orientée vers la sécurité et le risque zéro ?

L'évolution de la médecine et de l'image du corps, l'allongement considérable de l'espérance de vie, le refus de la mort présentent une contre-partie qui tend à faire perdre progressivement à l'observateur, la conscience et le sens de l'ensemble c'est-à-dire du malade en tant qu'individu singulier. Nous nous éloignons de la pensée levinassienne. L'inaltérabilité du corps devient primordiale. Il doit rester infiniment beau et définitivement jeune. Dès les premières échographies pré-natales, on regarde sa photo, on voit s'il est présentable, s'il répond aux normes, sinon...

Pour un soignant qui a en charge une unité de gériatrie, là non plus, il ne doit pas y avoir de casse, même dans ce contexte la mort n'est pas acceptée. L'abus de pouvoir se loge dans la négation du droit au risque pour la personne âgée. Pour un bon nombre, il y a perte de ce que peut représenter une liberté fondamentale, à savoir le droit de décider seul, de ses choix de vie, quelques soient les risques encourus.

*« La personne âgée en perte d'autonomie garde la liberté de choisir son mode de vie. Elle doit pouvoir mener une vie indépendante si elle le désire, même au prix d'un certain risque pour elle, dont il faut l'informer ainsi que son entourage. [...]. « Lorsqu'il sera admis par tous que les personnes âgées dépendantes ont droit au respect absolu de leurs libertés d'adulte et de leur dignité d'être humain, cette charte sera appliquée dans son esprit. »<sup>21</sup>*

Le fait de préciser le terme « adulte » nous semble d'une grande importance. Nous oublions souvent que les personnes âgées sont des adultes et nous les infantilisons, nous les câlinons ou nous les grondons, nous décidons pour eux, « pour » pouvant être compris comme « pour leur bien » mais aussi « à leur place ».

---

<sup>21</sup>. Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, Nouveau texte rédigé en 2007 de la charte établie en 1987 et revue en 1997 par la Commission Droits et libertés des personnes âgées dépendantes de la Fondation Nationale de Gérontologie.

Cependant, il ne faut pas jeter systématiquement la pierre aux soignants. Prendre des risques c'est aussi risquer de se tromper et dans le système de soin actuel, nous n'avons plus droit à l'erreur, tout est cadré, protocolisé... Entre textes législatifs, règlements intérieurs et de fonctionnement, chartes, conférences de consensus, bonnes pratiques de l'HAS, l'acharnement normatif nous guette. L'obligation de résultat n'est pas encore d'actualité mais l'obligation de moyens et surtout l'obligation de sécuriser nos décisions et nos actes par une stricte gestion des risques nous sont imposés. Chaque établissement est tenu à une stricte des gestions des risques « a priori » pour les patients. Chaque soignant se doit d'émettre une fiche de déclarations d'événement indésirable en cas d'incident qui sera étudiée et analysée par le comité de gestion des risques. Difficile en ces temps de faire le choix du risque pour une équipe mais pourtant est-ce un bien de vouloir trop protéger les patients ? Le réflexe surprotecteur des familles et même de l'Etat risquent bien de réduire l'exercice du droit au risque et le respect de l'intégrité physique de la personne à une peau de chagrin.

Le droit reconnu aux personnes âgées de prendre des risques repose directement sur les droits de la personne au respect de son intégrité tant physique que morale. Il est évident que les risques de voir les droits de la personne âgée limités, voire bafoués, s'amplifient dès lors que l'individu est placé dans un cadre institutionnel. Il n'en demeure pas moins que le droit au risque n'est pas réglementé dans les établissements et qu'il relève par conséquent essentiellement de la sensibilité personnelle, de l'humanisme et de la réflexion éthique des personnels soignants dont nous avons parlé dans le chapitre précédent.

Le droit au risque a des limites si celui-ci est trop important et met en cause la vie de la personne ou constitue un risque socialement inacceptable mais cela pose la délicate question de l'appréciation du risque.

La mort est-elle un risque, un accident, une erreur ou une fatalité ? Cette approche de la mort déniée dans le cadre institutionnel va tendre à renforcer le pôle sécuritaire au détriment de la liberté de l'individu. La question du droit au risque, du droit au choix se pose avec d'autant plus d'acuité que les conduites sécuritaires (comme la contention) ne font souvent que déplacer le risque et parfois même l'accroître. Les principes sécuritaires peuvent alors être entendus

comme une tentative de maîtrise de cette échéance qu'est la mort dans un but d'apaisement de l'angoisse des soignants.

La liberté révèle une certaine impuissance du soignant à dépasser certains déterminants qu'il ne contrôle pas. Nous dirons donc que la collectivité crée des obligations et nous pouvons admettre que la liberté y trouve certaines limites par contre nous ne dérogerons pas au respect de la dignité qui lui, n'en a pas. Le droit au choix, le droit au risque, le droit à la décision ne sont-ils pas les miroirs qui renvoient à l'être humain sa dignité ?

### **La dignité**

La dignité vient du latin *dignitas* qui désigne le mérite. Le dignitaire est celui dont la situation lui donne un rang éminent : l'honorabilité, les charges, les titres. Il acquiert une dignité par une façon d'être, il acquiert son mérite par sa fonction et pourtant l'homme digne tel que nous l'entendons aujourd'hui n'a rien de comparable au dignitaire. La dignité concerne l'être et non la manière d'être. Elle se traduit dans les actes et non dans un état ou une situation. Du respect que mérite autrui, elle se traduit également par le respect de soi-même. Pascal nous dit que « *toute la dignité de l'homme est dans la pensée* » mais c'est par sa nature ou « essence » que la pensée est facteur de dignité. Un siècle plus tard, c'est Kant, dans « *Fondements pour la métaphysique des mœurs* », qui donne à la dignité la dimension philosophique et éthique à laquelle nous nous référons aujourd'hui : « *la dignité c'est tout ce qui fait que la personne sent qu'elle est respectée* ». La dignité d'un être renvoie à son caractère irremplaçable et fait qu'il n'a pas de prix. Frapper un homme d'indignité, c'est bien lui refuser toute prétention à exister comme sujet autonome et c'est précisément un acte aux antipodes de la relation de soin.

Il faut souligner cependant que la dignité accordée à la personne âgée n'est pas celle de la personne plus jeune. **Vis-à-vis du corps** par exemple, la pudeur qui augmente sensiblement avec l'âge, en lien avec une dévalorisation narcissique du corps, en infraction par rapport aux standards de la beauté et de la bonne santé. **Vis-à-vis du vécu** qui leur a fait accumuler davantage d'expériences mais aussi de traumatismes, ce qui les rend sûrement plus sensibles à leur dignité mais en même

temps les invitent à la résignation. **Vis-à-vis de la culture et de la morale dominante** qui les rendent plus sensibles aux devoirs qu'aux droits, un incontestable effet de génération n'incite pas les personnes actuellement âgées à revendiquer leurs droits ; ils escomptent plus du sens du devoir de leur entourage pour bénéficier du respect et de l'assistance que la morale, tant civile que religieuse, assigne à la solidarité intergénérationnelle et enfin, **vis-à-vis de la dépendance** et surtout les déficiences psycho-intellectuelles qui ne leur permettent plus de manifester un avis réputé sensé, plus généralement, c'est leur parole qui finit par perdre son statut, les personnes concernées redeviennent des enfants, des « infants » c'est à dire étymologiquement « celui qui ne parle pas ».

Elle a donc une dignité plus forte que nous tout en étant plus sensible. On parle différemment à une personne âgée, il faut adapter les mots à sa génération, à son éducation. On utilise des paroles plus douces. Ses capacités à communiquer peuvent être détériorées, elle ne peut plus utiliser son corps, sa parole et on sait qu'elle ne va rien dire quoi qu'on fasse. Elle ne manifestera pas forcément son mécontentement, elle est dépendante de nous.

Cependant, le soignant aura le devoir moral de préserver son image ; pas d'infantilisation, pas de dérision, pas de tutoiement, de sobriquets ridicules. Le respect s'associe à la dignité. Nous pouvons bien sûr avoir une relation différente avec une personne âgée selon ses affinités, on ne peut pas s'entendre avec tout le monde. Mais en ce qui concerne la dignité et le respect, toutes les personnes sont égales :

*« Quelque soit l'état physique et psychique d'une personne, la dignité demeure intacte car elle ne se mesure pas à l'aune des performances. »<sup>22</sup>*

Le principe commun est de perfectionner la relation aidant-aidé. Respecter la dignité c'est donc encourager tous les actes qui permettent de mieux connaître la personne âgée et qui donne la possibilité d'adapter sa pratique à ses désirs. Découvrir son histoire de vie, ses habitudes, ses capacités, ses goûts et ses

---

<sup>22</sup>. Dominique Folscheid, « Le risque et l'éthique », Quel droit au risque pour les personnes vieillissantes ? Quelle responsabilité pour les professionnels !, *Les cahiers de « Psychologie et vieillissement »*, Rennes, ASSOCIATION « PSYCHOLOGIE ET VIEILLISSEMENT », séminaire du premier octobre 1999, p. 83.

intérêts. C'est donc savoir observer, dans ce qui relève surtout d'une accumulation de petits détails qui enrichissent notre connaissance de la personne au fil des jours. La personne âgée détient des informations qu'elle veut bien nous transmettre et que nous voulons bien accueillir. Mais cela prend du temps ; les mots, l'écoute, le toucher, les gestes et l'écriture sont pourtant le vecteur principal de toute dignité ; le dire vaut autant que le faire, ils se complètent, s'imbriquent. Le soin n'est rien d'autre que cette rencontre même s'il se drape dans la technicité.

### **La rencontre**

*"Agé et hospitalisé dans un service de médecine générale à orientation gériatrique, me voici attaché. A qui ? Plutôt à quoi ? A mon fauteuil, à mon lit ? Jamais je n'aurais imaginé que cela puisse m'arriver. C'est pour mon bien et ma sécurité, dites-vous ! En êtes-vous si sûrs ? Vous, debout dans votre uniforme de soignant, ne détournez plus la tête quand vous m'attachez. S'il vous plaît, expliquez-moi et, surtout, écoutez-moi..."*

Laisser la possibilité à tout être humain, en l'occurrence âgé, de pouvoir bouger, de créer du mouvement, favoriser ce mouvement vers les autres, les gestes pour faire sa toilette, c'est ne pas contraindre, c'est laisser la possibilité de pouvoir agir sur soi, sur les autres, de pouvoir afficher son identité. Tout cela concourt à respecter la dignité. Empêcher ce mouvement, c'est interdire à la personne de faire, d'aller, de suivre, c'est favoriser le repli sur soi, l'isolement voir l'aliénation. Ainsi par le contrôle que l'infirmière exerce sur la personne « pour son bien », elle prend pouvoir sur elle en rendant impossible ce qui ne l'était pas auparavant. Mais que met-elle à la place pour pallier à cette absence de mouvement, à ce qui fait la vie ?

Situer concrètement autour de l'homme concerné chacun des membres de son tissu social direct, son conjoint, ses enfants, puis son tissu social intermédiaire, ses amis proches, sa place éventuelle dans la société, puis ses références plus lointaines, ses relations, ses références politiques, religieuses, culturelles, permet d'évaluer le poids du lien social dans lequel va s'inscrire la relation « soignant-soigné ». La décision finale fait donc référence à un ressenti personnel autant

qu'au savoir faire. Un « savoir être » qui admet qu'il n'y a pas de réponse à tout, tout de suite, dans une référence universelle, mais qui tente d'élaborer ces références par une réponse concrète, plus ou moins unique, en tout cas modeste et qui ne va, en aucun cas, clore le débat. Cependant, cette décision finale de mise sous contention sera vécue toujours quelque part, en décalage avec soi-même.

Cette réalité implique un lien automatique avec la culpabilité, la mauvaise conscience, la peur de se tromper, réalités qui seront plus productives de silence que de paroles....

Aristote remarque dans la *Politique* que l'homme est un être de parole et que c'est par elle qu'il accède au rang de membre de la cité, car c'est par elle qu'il peut exprimer le juste et l'injuste, le bien et le mal.

Le premier impératif éthique est bien de sécréter une parole, de s'astreindre à lui donner le ton juste autre que « c'est pour votre bien » qui implique que le soignant sait alors que la malade ignore jusqu'à son propre intérêt. Le langage s'acquiert, la parole est l'acte d'un sujet. La parole se donne, se prend, se rend, se passe. Elle est Une, c'est-à-dire qu'elle caractérise le sujet dans ce qu'il est. Le langage renvoie à la notion de code, la parole renvoie à celle de corps. Elle est particulière et opère un acte de relation autant que de communication.

Franck Tinland note que le langage trouve sa valeur dans le *lien* qu'il institue : il est au principe d'une *alliance*. Quelle que soit la nature de l'acte de discours, il engage toujours le locuteur dans cet acte. Entre le discours et l'action existe un lien indissoluble, l'action ne prenant sens humain que par le lien qu'elle entretient avec lui : une action déliée de ce lien sera peut-être un acte réflexe, de routine, un comportement : à vrai dire, ce ne sera pas une action imputable à un agent. Ce lien entre discours et action est particulièrement significatif, quand il s'agit de l'ensemble des prescriptifs (lois, interdits normes) qui concernent directement la légitimité de l'action, que cet ensemble soit de type coutumier ou qu'il relève de code écrits :

*« Le mot [...], relie, et en reliant, il lie et allie [...]. Toute parole est, dans une certaine mesure, un contrat, même si tout contrat n'est pas conclu de bonne foi et n'élimine pas la duperie. Le seul fait d'entrer en relation d'interlocuteurs jette les bases d'un contrat social, de*

*portée et de garanties limitées sans doute, mais dont la réalité s'atteste à travers le caractère insupportable de certains silences ou de refus d'adresser la parole. »<sup>23</sup>*

Nous irons plus loin avec un retour à Emmanuel Levinas en estimant que le regard, associé ou non aux mots est déjà un contrat. Ne pas regarder son patient dans les yeux en s'adressant à lui ne nous oblige à rien, c'est refuser la rencontre.

Le visage qui oblige, les mots, les gestes, c'est la communication qui engendre la question éthique de responsabilité dont nous avons parlé dans le chapitre précédent. La communication désigne en une acceptation très générale, cet échange de signes ou de messages qui s'opèrent de personne à personne, d'individu à individu ou de groupe à groupe et ce sont eux qui génèrent le questionnement éthique :

*« C'est dans le principe de communication, dans le langage et l'intercompréhension, que l'éthique contemporaine, celle d'Habermas, va trouver le sol de l'éthique, puisque la communication transparente fournit le paradigme d'une moralité soucieuse de procéder à travers la réciprocité et l'absence de violence. »<sup>24</sup>*

La proposition première qui doit guider l'éthique serait donc la rationalité communicationnelle, recherchant l'entente des sujets. Dans le soin comme ailleurs, l'action et la parole ou toute forme de communication sont indissociables. « La violence brutale est muette » nous dit Annah Arendt dans *La condition de l'homme moderne*. Ainsi nous pouvons donc penser que tout soin un peu extrême comme le ligotage sera moins violent s'il est accompagné de la parole. Les grecs associaient ainsi l'action « *praxis* » et la parole « *lexis* » car c'est par le verbe et l'acte que nous nous insérons dans le monde humain. Selon Aristote, la première « *habitus* » acquise par « *mimesis* » est le langage de la mère. La parole est ce qui fait l'homme.

---

<sup>23</sup>. Tinland Franck, *La différence anthropologique*, Paris, Aubier-Montaigne, 1977, p. 348.

<sup>24</sup>. Russ Jacqueline, *La pensée éthique contemporaine*, Paris, Presse Universitaire de France, « que sais-je ? », 1994, p. 39.

Levinas rejoint Habermas dans l'expérience irréductible du *face à face* des humains que désigne l'éthique même s'il n'adhère pas au principe de réciprocité. La relation, la rencontre de l'autre est une saisie, devant le visage, de notre responsabilité. Ainsi surgit l'exigence éthique, devant la face de l'autre, à travers la relation de l'humain à l'humain. L'éthique est communication et accès à la responsabilité et impose, tout au moins en droit, l'interdiction de la violence. L'infirmière qui attache le patient sans le regarder, le ferait-elle si seulement elle levait les yeux vers lui ? Si elle cherchait à savoir qui il est, à travers son histoire, ne trouverait-elle pas un autre moyen de le mettre en sécurité ? A l'impératif kantien, Jonas substitue un nouvel impératif correspondant à une humanité fragile, altérable et périssable, objet de technologies inquiétantes.

*« Agis de façon que les effets de ton action soient compatibles avec la permanence d'une vie authentiquement humaine sur terre. »<sup>25</sup>*

L'impératif de Jonas s'adresse à l'humanité globale mais dans nos face à face en situation de soin nous n'avons pas à perdre de vue cette notion même si notre soin s'adresse à une seule personne. Cette non réciprocité commune à Levinas, s'adressant à un individu et à Jonas, s'adressant à l'humanité doit rester dans nos esprits comme l'obligation à l'égard des enfants engendrés : je leur dois tout sans rien en attendre.

C'est ce qui fera la différence entre le droit ou la déontologie qui s'applique à l'ensemble du groupe social et l'éthique qui est un questionnement autour de situations individuelles. Le droit, tout comme la morale bute donc toujours à un moment donné sur la singularité des situations et sur des techniques objectivantes qui confèrent aux professionnels de santé un pouvoir sur le corps d'autrui paradoxalement dérivé du souci même de faire vivre et de soigner c'est pourquoi, comme l'écrit David Smadja dans un article sur l'engagement et la responsabilité :

---

<sup>25</sup>. Hans Jonas, *le principe responsabilité*, Paris, Flammarion, « Champs essai », 2008, p. 30-31.

*« L'éthique médicale ne peut plus se contenter d'une référence à l'autorité des principes déontologiques et faire ainsi l'économie d'une réflexion de fond sur l'activité légitime du soignant et donc sa responsabilité spécifique ».*

Même si la mise sous contention peut s'avérer déontologiquement juste, elle bute sur le questionnement éthique et sur la morale du geste.

Un acte n'est pas bon ou mauvais seulement en lui-même, mais aussi par ses conséquences. Appliqué au domaine de la santé, c'est-à-dire au cas particulier de l'éthique médicale, cela signifie que l'éthique ne concerne pas seulement le bien du malade – c'est l'éthique de bienfaisance propre à la morale hippocratique – mais aussi une éthique de la responsabilité : le présent ne doit pas être sacrifié à l'avenir, ni l'inverse.

## CONCLUSION

La contention physique, frontière imprécise entre les droits et la sécurité de la personne n'est jamais légitime.

La restriction d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux est rarement la conséquence de l'indifférence ou du manque d'humanité des personnels soignants. Le tabou que représente la mort dans notre culture et à laquelle les professionnels éprouvent de plus en plus de difficultés à se confronter, l'inversion du rapport d'autorité entre les générations à l'occasion des traumatismes propres au parcours de vieillesse, la primauté hygiéniste et technique dans la formation des aidants et des soignants, le confinement, sont les principales causes de la maltraitance dans les institutions. Leur organisation trop rigide induite par la rationalisation de la gestion des moyens humains, alliée à un souci d'écartier tout risque de mise en cause de la responsabilité des professionnels peut conduire à la négation de la liberté, du droit de prendre des risques et de conserver la possibilité d'effectuer des choix.

Les personnes accueillies dans les établissements de santé de court ou de long séjour sont de plus en plus âgées, handicapées, vulnérables et proches de la fin de leur vie. Ces caractéristiques rendent plus difficiles l'expression et le recueil d'un consentement et de choix et peuvent conduire les professionnels à sombrer dans une forme de toute puissance conduisant à l'excès de pouvoir et à l'abus de faiblesse.

La réflexion et la démarche éthiques ont besoins de repères fiables et solides. Le besoin réside dans une conduite qui n'est pas toute faite, qui n'est pas prédéterminée, qui n'est pas donnée d'emblée dans une situation mais dans une conduite à la fois juste et bonne. Apprendre à gérer ses émotions, ses transgressions, c'est rendre beaucoup d'efficacité.

Les rapports entre le droit, la déontologie et la morale doivent être considérés comme interactifs, leurs lieux d'expression, d'élaboration, de mise en œuvre n'étant pas les mêmes, seule la réalité sera l'épreuve de leur confrontation, c'est pourquoi l'éthique ne peut s'en dissocier.

Le vieillard est une personne comme les autres. Il a tout simplement pris un peu d'avance sur le temps. Il mérite d'être entouré et de bénéficier des conditions de vie optimales qui lui permettent de profiter comme tout un chacun des plaisirs de la vie. Pour ce faire, notre société a des devoirs envers la population âgée et notamment celui de lui assurer, dans la sphère des soins, une qualité de vie adaptée à ses besoins. Quand la personne âgée n'est plus considérée comme un sujet capable de décider pour lui-même, il ne lui reste plus qu'à glisser, qu'à se laisser glisser.

De nos jours, si nous ne sommes pas vigilants, le danger peut être celui du dérapage progressif de l'institution vers l'établissement fermé et carcéral, au rebours du progrès de la politique de santé publique, qui n'a cessé de progresser ces dernières années dans le sens d'un respect plus attentif des droits des malades et des usagers. L'hôpital peut également devenir un système absurde où soignants comme soignés sont broyés par des réflexes administratifs et procéduraux dont le soin est absent.

Le respect de la dignité humaine et la protection des plus faibles doivent être réaffirmés en permanence devant les évolutions actuelles, qu'elles soient scientifiques bien sûr mais également sociales, économiques et politiques. Il faut incriminer des pratiques qui ont répondu à une urgence, à un défaut d'organisation ou à un manque de personnel comme dans notre situation d'appel, et qui n'ont pu faire l'objet d'une réflexion collective de validation.

Notre société qui n'a pas été préparée à l'acceptation du temps de la vieillesse et de la mort est mal préparée à surveiller les atteintes qui peuvent être perpétrées contre les droits fondamentaux des personnes les plus âgées. Si l'on ajoute la recherche du risque zéro et la protection maximale qui la caractérisent également, on comprend combien les personnels soignants ont pu manquer de soutien et

combien rien ne pourra être amélioré dans la situation existante sans un changement radical de tous et de toutes.

La multiplication des chartes en tout genre, mises en évidence à l'entrée des établissements tendent à décliner les principes éthiques selon lesquels l'action des dirigeants et des acteurs est conduite dans tel ou tel domaine. Elles ne sont cependant pas garantes de ce qu'elles promulguent dans le sens où rien ne garantit leur effectivité.

En attendant, face aux décisions difficiles, le soignant doit faire preuve de prudence aristotélicienne, raisonner avant d'agir et ne pas se réfugier dans l'application aussi bête qu'absurde de procédures dont un tout petit peu de bon sens leur montrerait l'inanité. Qu'il décide ou pas d'utiliser ces fameux liens de contention, il doit garder son Lien avec le patient, préserver les valeurs de liberté, d'individualisation, d'altérité, de sens du dialogue et de confiance dans le contrat qui le lie à l'autre et être ainsi fidèle à l'esthétique de l'humanité.

Quant aux institutions, si elles ne veulent pas sombrer dans la gestion rationalisée des corps de vieillards réduits à de simples objets de soins, il leur reste à refonder leur projet de vie et à promouvoir en leur sein des espaces éthiques qui permettront à leurs personnels de ne plus affronter seuls des situations de plus en plus lourdes et complexes.

Toujours garder à l'esprit la visée éthique « *visée de la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes* », se questionner sans cesse, s'auto-évaluer régulièrement, refuser le geste routinier sera pour l'institution et pour le soignant la seule façon de se sentir responsables mais pas coupables.

*« L'homme n'est pas entièrement coupable, car il n'a pas commencé l'Histoire, mais il n'est pas tout à fait innocent, puisqu'il la continue ».* Albert Camus

**INDEX NOMINUM**

Arendt, 40  
Aristote, 29, 30, 31, 39, 40  
Camus, 45  
Cioran, 25  
Clark, 10  
Fiat, 31  
Folscheid, 37  
Froment, 16  
Gilioli, 24  
Habermas, 40, 41  
Huguenot, 8  
Jonas, 41  
Kant, 22, 35, 41  
Levinas, 2, 28, 34, 41  
London, 24  
Nietzsche, 26  
Pascal, 1, 36  
Pindare, 12  
Rawls, 19, 25  
Ricoeur, 21, 23, 25  
Rousseau, 15, 17, 33  
Saint-Paul, 27  
Smadja, 41  
Spinoza, 15  
Terestchenko, 19  
Tinland, 39  
Tocqueville, 9

**INDEX RERUM**

Aporétique, 1, 31

Autonomie, 16, 53

Communication, 22, 23, 39, 40, 41

Consentement, 8, 13, 14, 15, 16, 17, 43

Contrainte, 6, 9, 10, 11, 15, 16, 21

Conviction, 11, 12, 19, 23, 25, 26, 27, 29, 31, 32

Déontologie, 11, 12, 15, 17, 18, 27, 41, 43

Dignité, 2, 8, 16, 23, 28, 30, 34, 37, 38, 43

Dilemme, 8, 10

Habitus, 41

Juste, 3, 4, 13, 15, 17, 18, 22, 32, 39, 42, 43, 45

Lexis, 40

Mimosis, 40

Paradoxe, 6, 10, 20, 22, 33

Phronésis, 31

Praxis, 40

Prudence, 2, 31, 45

Pudeur, 36

Respect, 2, 5, 15, 24, 28, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 44

Sécurité, 8, 10, 14, 30, 34, 38, 41, 43

Sens, 6, 9, 10, 12, 14

## BIBLIOGRAPHIE

### Livres

Amyoy J.-J., Villez A., *Risques, Responsabilités, Ethique dans les pratiques gérontologiques*, Paris, Dunod, 2001.

Aristote, *Ethique   Nicomaque*, Paris, LGF, « le livre de poche », 1992.

Froment Alain, *Pour une rencontre soignante*, Paris, Editions des archives contemporaines, « une pensée d'avance », 2001.

Habermas Jürgen, *De l'éthique de la discussion*, Paris, Les Editions du Cerf, 1992.

Habermas Jürgen, *Morale et communication*, Paris, Flammarion, «Champs», 1999.

Huguenot Robert, *La vieillesse maltraitée*, Paris, Dunod 2<sup> me</sup>  dition, mars 2004.

Jonas Hans, *Le principe responsabilité*, Paris, Flammarion, « Champs essai », 2008.

Levinas Emmanuel, *Ethique et infini*, Paris, Fayard, 1982.

Llorca Guy, *Ethique et pratiques hospitalière*, Lyon, presse universitaire de Lyon, 2005.

Rawls John, *La théorie de la justice*, Paris, Le Seuil, 1987.

Russ Jacqueline, *La pensée éthique contemporaine*, Paris, Presse universitaire de France, « que sais-je ? », 1994.

Simon René, *Ethique de la responsabilité*, Paris, Editions du cerf, 1993.

Terestchenko Michel, *Un si fragile vernis d'humanité, Banalité du mal, banalité du bien*, Paris, La DECOUVERTE, « poche », 2007.

Tinland Franck, *La différence anthropologique*, Paris, Aubier-Montaigne, 1977.

Weber Max, *Le savant et le politique*, Paris, Editions 10/18, 1996.

## Dictionnaire de philosophie

Clément E., Demonque C., Hansen-Love L., Kahn P., *La philosophie de A à Z*, Paris, Hatier, 2007.

## Internet

[www.afpap.org/infocontentions.htm](http://www.afpap.org/infocontentions.htm) : la contention physique chez la personne âgée.

<http://www.geocities.com/bpradines/contentionfauteuil.htm> : Pradines Bernard, un drame encore tabou : les contentions, septembre 2003.

## Revues

Collectif d'auteurs, « d'où vient la morale ? », *Sciences Humaines*, n°187, Auxerre, DEMOS FORMATION, novembre 2007.

Folscheid Dominique, « Le risque et l'éthique », Quel droit au risque pour les personnes vieillissantes ? Quelle responsabilité pour les professionnels !, *Les cahiers de « Psychologie et vieillissement »*, Rennes, ASSOCIATION « PSYCHOLOGIE ET VIEILLISSEMENT », séminaire du premier octobre 1999.

Gilioli Christian, « Ethique de responsabilité et éthique de conviction », *Soins Cadres de santé*, n° 64, Issy-les-moulineaux, ELSEVIER MASSON, Février 2009.

Klotz N., Dejours C., Erner G., « Barbare l'entreprise », *Philosophie magazine*, n° 14, Paris, PHILO EDITION, novembre 2007.

## **ANNEXE**

Extrait du guide de l'HAS :

« L'évaluation des pratiques professionnelles  
dans les établissements de santé, limiter les  
risques de la contention physique de la personne  
âgée. »

La contention physique de la personne âgée est une pratique fréquente. Immobilisation totale ou partielle du corps, elle est source de perturbations importantes au niveau physique et psychologiques et les inconvénients, souvent minorés, semblent plus importants que les avantages. Mais derrière l'aspect technique qui nécessite une procédure décisionnelle formalisée, un suivi et une évaluation journalière, la contention pose aux soignants de grandes questions éthiques et met en acte une dynamique interpersonnelle.

La pratique de la contention physique nécessite des repères éthiques communs aux deux partenaires afin de limiter les dysfonctionnements : reconnaître un statut de sujet à chacun des partenaires, maintenir une communication, un échange langagier pour que la rencontre soignant-soigné se positionne au mieux sur le curseur entre l'éthique de conviction et l'éthique de responsabilité qui s'impose au soignant en s'attachant à apporter une réponse adaptée à la vulnérabilité éventuelle du soigné.

La décision de la contention doit concilier deux principes apparemment opposés, la liberté ou le droit au risque pour le patient et sa sécurité. Elle est à consommer avec beaucoup de modération, à distiller avec beaucoup de *phronesis* afin de ne pas devenir ou rester, parmi les soins, une « violence muette ».