

CROIX-ROUGE FRANÇAISE  
AIX/MARSEILLE 1  
I.F.C.S. - Rééducation -  
PARIS

UNIVERSITÉ DE PROVENCE  
Département des Sciences de l'Éducation  
LAMBESC

# ÉTHIQUE EN RÉÉDUCATION

**MÉMOIRE RÉALISÉ DANS LE CADRE DE LA VALIDATION  
POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME DE CADRE DE SANTÉ  
ET DE LA LICENCE EN SCIENCES DE L'ÉDUCATION**

*Directeur de mémoire : Philippe VAUR*

Hélène HERNANDEZ

Année universitaire 1997-1998

# L'Éthique

Ces hommes qui sont dans le monde  
mais qui ne sont pas du monde.  
Révélation d'un moment.  
Découverte du soi  
dans son exigence.  
Recherche de la foi  
dans l'existence.  
Savoir être, mais pas seul.  
Partager, sans renoncer.  
Aimer sans la passion.  
Fuir l'ostentation.  
Savoir être grand,  
en restant petit.  
Donner de la tendresse  
sans qu'elle soit faiblesse.  
Être généreux  
sans être dispendieux.  
Écouter pour apprendre,  
réfléchir pour comprendre.  
Croire dans l'homme,  
sans lui ressembler,  
mais l'aider à être lui.  
Et pour qu'il le soit  
être totalement soi.  
Être l'exemple discret  
mais toujours concret.

**Jean HUMBERT**

# SOMMAIRE

<b>Introduction : A la rencontre de l'éthique</b> .....	1
<b>I- A propos de morale, d'éthique et de déontologie</b> .....	6
<b>II- Cadre Théorique : à travers l'histoire de vingt-cinq siècles</b> .....	8
II.1- Du côté de l'étymologie .....	8
II.2- Antigone sur la scène de l'éthique.....	9
II.3- Hippocrate, la médecine comme éthique .....	9
II.4- Aristote, l'éthique téléologique : contingence et hétéronomie.....	10
II.5- Le Moyen Âge chrétien.....	12
II.6- Kant et la conception de l'autonomie .....	12
II.7- À la recherche de l'Être ?.....	14
II.7.1- Le nihilisme de Nietzsche et l'oubli de l'Être de Heidegger .....	15
II.7.2- Du côté de la psychanalyse et de la psychologie.....	15
II.7.3- Sartre : l'homme est condamné à être libre.....	17
II.7.4- Lévinas, la responsabilité du regard .....	17
II.7.5- Michel Foucault, l'esthétique de l'existence.....	18
II.7.6- Ricœur : "Soi-même comme un autre" .....	18
II.8- Pour une éthique en rééducation.....	19
<b>III- Problématique Pratique : Textes, Exemples de pratique et Formation</b> .....	23
III.1- L'exercice médical .....	23
III.2- Les droits des patients.....	25
III.3- L'exercice de la rééducation .....	27
III.4- Des exemples issus de pratiques professionnelles .....	31
III.5- La formation à l'éthique.....	34
<b>IV- Hypothèse</b> .....	38
<b>V-Méthodologie</b> .....	39
V.1- L'objectif de l'étude .....	39
V.2- La population enquêtée .....	39
V.3- L'outil d'étude.....	40
V.4- La construction du questionnaire.....	41

<b>VI- Résultats et Discussion</b> .....	44
VI.1- La population professionnelle répondante.....	44
VI.1.1- La répartition par métier.....	44
VI.1.2- La répartition entre hommes et femmes.....	45
VI.1.3- La répartition par âge.....	45
VI.1.4- La répartition par ancienneté dans le métier.....	46
VI.2- Le lieu d'exercice professionnel.....	46
VI.3- La représentation de l'éthique.....	46
VI.4- La définition de l'éthique.....	47
VI.5- Dans le cadre des interventions professionnelles, l'émergence de questions éthiques.....	48
VI.5.1- Vous arrive-t-il de vous poser des questions d'ordre éthique dans le cadre de vos interventions ?.....	48
VI.5.2- Dans quelles situations, vous êtes-vous posé des questions d'ordre éthique ?.....	48
VI.6- Éthique et déontologie.....	49
VI.6.1- Pour votre profession, existe-t-il un Code éthique ?.....	49
VI.6.2- Le connaissez-vous ?.....	50
VI.6.3- Pensez-vous qu'il a aidé votre réflexion éthique dans certaines situations ?.....	50
VI.6.4- Le secret professionnel correspond-il à une question d'ordre éthique ?.....	51
VI.7- Développer la réflexion éthique et comment ?.....	51
VI.7.1- Est-il nécessaire de développer la réflexion éthique dans la profession ?.....	51
VI.7.2- Sous quelle forme ?.....	51
VI.8- Suggestions ou commentaires.....	52
 <b>VII- Discussion</b> .....	 52
 <b>VIII- Perspectives et Conclusion</b> .....	 54
 <b>Bibliographie</b> .....	 56
 <b>Annexes</b> .....	 59

## ***RÉSUMÉ***

Aujourd'hui, le renouveau éthique est requis pour donner réponse là où s'émeussent les effets de la tradition -religieuse et morale- dans sa capacité à offrir des repères et à rassurer.

C'est toute la question de la définition de l'individu et de son rapport à l'autre, de soi et des contours de l'altérité, des rapports de dépendance et de responsabilité entre soi et autrui. Si toute rencontre humaine renvoie à l'éthique, alors dans nos métiers de rééducation, où la rencontre fonde notre intervention, le questionnement éthique vient interroger le sens et la qualité même des liens qui nous relient à autrui dans sa demande de soins.

Notre travail vise à comprendre ce qu'il en est de l'éthique, plus particulièrement en rééducation, puisque c'est notre domaine d'exercice professionnel en tant qu'ergothérapeute, et que c'est là que nous rencontrons des difficultés, des questions, voire des conflits de valeurs quand nous avons l'exigence de chercher un sens à nos actions.

Nous chercherons auprès de quelques philosophes choisis en fonction de leur regard sur l'éthique comment celle-ci a évolué pour entrer dans le champ de l'autonomie et comment se conjugue la rencontre de deux libertés dans la relation soignant-soigné. Après un rappel du cadre législatif et déontologique des métiers de rééducation, l'enquête menée auprès de rééducateurs sous forme de questionnaire apporte pour les rééducateurs eux-mêmes, mais aussi pour les cadres de santé, et les formateurs en Institut de Formation en Rééducation, des indications précieuses relatives aux situations de conflit d'ordre éthique rencontrées, à la définition qu'en donnent les rééducateurs et à la nécessité d'offrir des temps de rencontre et de réflexion entre professionnels sur ce thème, mais aussi des temps de formation.

## ***MOTS CLEFS***

*Éthique - Rééducation - Altérité - Liberté - Autonomie - Formation*

## ***INTRODUCTION :*** ***A LA RENCONTRE DE L'ÉTHIQUE***

La préoccupation éthique n'est pas récente. Si nous ne pouvons affirmer qu'elle remonte aussi loin que le monde est monde, nous pouvons l'ancrer dans l'émergence d'une conception de l'homme aux temps où les Dieux et la Nature ne pouvaient plus apparaître comme les seuls responsables des conduites humaines, aux temps d'Hippocrate et d'Aristote : *“l'éthique est aussi vieille que les hommes, du moins depuis que ceux-ci s'interrogent sur le sens de leur vie, sur leurs relations au cosmos et aux dieux, à leurs rapports entre eux et avec les actions qu'ils mènent”*<sup>1</sup>.

Aujourd'hui, le renouveau éthique, dans divers et nombreux domaines, est requis pour donner réponse là où s'émeuvent les effets de la tradition -religieuse et morale- dans sa capacité à offrir des repères et à rassurer. Le changement est devenu idéal et urgence. Sa poursuite incessante bouleverse habitudes et certitudes. Aux réponses s'appuyant sur sagesse, stabilité et conformité, et donc sur des normes et des valeurs admises une fois pour toutes, il faut désormais rechercher un *“nouveau rapport dialectique de l'individu non seulement à son milieu, mais aussi avec sa pensée”*<sup>2</sup>. La conquête tendue vers la maîtrise du monde en changement révèle la difficulté de conjuguer simultanément la maîtrise de soi. La demande d'éthique apparaît là comme *“symptôme d'un manque”*<sup>3</sup>. Pour cerner l'impérieuse nécessité de redéfinir les responsabilités dans l'action au regard d'une conception de l'homme qui se cherche indéfiniment, il n'est qu'à voir la floraison de comités ou de groupes d'éthique dans les entreprises, les affaires, le commerce, l'architecture, le génie, le journalisme, la communication, la recherche scientifique, la sécurité publique, l'écologie, la formation professionnelle, etc., bien au-delà du seul domaine des sciences de la vie et de la santé. *“L'éveil éthique serait l'instant où la liberté usurpée prend conscience d'une responsabilité qu'elle n'arrive pas à endosser”*<sup>4</sup>.

C'est toute la question de la définition de l'individu et de son rapport à l'autre, de soi et des contours de l'altérité, des rapports de dépendance et de responsabilité entre soi et autrui. Si toute rencontre humaine renvoie à l'éthique, alors dans nos métiers de rééducation, où

---

<sup>1</sup> Louis PORCHER, Martine ABDALLAH-PRETCEILLE, *Éthique de la diversité et éducation*, Paris, P.U.F., coll. L'éducateur, 1998, p. 9.

<sup>2</sup> Pierre VANBERGEN, *Éthique et condition humaine*, Bruxelles, Labor, Paris, Nathan, 1970, p. 11.

<sup>3</sup> Alain ETCHEGOYEN, *La valse des éthiques*, Paris, François Bourin, coll. Agora-Pocket, 1991, p. 86.

<sup>4</sup> Mylène BAUM-BOTBOL, “Après vous, Monsieur”, dans *La responsabilité - La condition de notre humanité*, Autrement, n°14, Série Morales, janvier 1994, p. 55.

la rencontre fonde notre intervention, le questionnement éthique “*vient interroger la qualité même des liens qui nous relie à autrui*”<sup>5</sup> dans sa demande de soins.

Chaque situation est nouvelle, sans réponse toute faite, elle nous invite sans cesse à chercher et trouver le chemin le plus humanisant pour la personne en situation de handicap, pour son entourage et pour l'équipe soignante. Comment écarter des questions, même si elles restent sans réponse, qui naissent de notre regard de soignant et de notre fonction auprès des malades ?

Pendant des siècles, la médecine a tenté de soigner l'homme, le tranquillisant, l'écoutant, l'accompagnant mais restant bien impuissante devant la peste, le choléra ou la tuberculose. Les deux derniers siècles ont profondément changé la médecine et lui ont permis des réussites. Mais les avancées scientifiques et médicales sont telles que la technique en est arrivée à dominer autant le praticien que le soigné, en attribuant au médecin des pouvoirs jusque là inconnus. Elle menace l'homme dans son essence même. Le début comme la fin de vie n'apparaissent plus seulement comme la vie qui surgit ou qui s'éteint mais peuvent aussi se commander à distance.

L'unicité et la singularité de l'être sont mises en danger par les possibilités de clonage et de tri génétique. Quelles limites poser en matière d'euthanasie, de vérité due aux patients, d'expérimentations ? Les progrès médicaux permettent de guérir des malades hier condamnés, de repousser l'échéance de la mort, d'offrir à des couples stériles la possibilité de devenir parents, de remplacer des organes défaillants, de dépister précocement des anomalies mais font “*survivre des personnes ayant des déficiences de plus en plus graves et de plus en plus associées. Et le progrès social s'essouffle sans pouvoir toujours leur assurer une vie décente*”<sup>6</sup>. Que faut-il privilégier : l'accord de moyens pour réaliser des greffes d'organes de quelques personnes par an ou pour améliorer la condition sanitaire de milliers de personnes âgées isolées, de précaires et de sans logis ?

Autant de menaces, autant de peurs, autant d'espoirs, autant de joies sur l'être humain : autant de choix à opérer, choix techniques, choix moraux.

D'autant qu'en ce siècle, pèsent toujours sur la médecine les dérives eugénique et mercantile qui bafouent régulièrement le serment d'Hippocrate. Les rapports entre la science et l'être humain sont sans cesse questionnés en dehors même de toutes les situations dans lesquelles ils sont pervertis. Est-il permis de faire tout ce que nous savons faire et pouvons faire ?

---

<sup>5</sup> Catherine PERROTIN, “L'éthique, chemin d'humanisation”, dans Marie-Hélène BOUCAND, *Une éthique en rééducation ?*, Rennes, E.N.S.P., 1993, p. 17.

<sup>6</sup> Docteur Marc MAURY, “Préface”, dans Marie-Hélène BOUCAND, *op. cit.*, p. 11.

C'est en Allemagne que les premières directives gouvernementales d'éthique médicale ont été élaborées en 1900 et 1931 et que les expérimentations médicales et politiques ou l'extermination des incurables furent réalisées sur ordre nazi<sup>7</sup>, quelques années plus tard. Et en d'autres lieux et d'autres temps, l'affaire du sang contaminé, le "*rapt d'enfants utilisés comme réservoir de pièces détachées*"<sup>8</sup> ou la pratique de certaines cliniques font la "une" des médias tant le respect de la personne est *inconvenant* pour le profit ou les crises de pouvoir. Jacques Testart a su, quant à lui, arrêter les expérimentations relatives aux fécondations *in vitro*, en 1986, quand il a estimé que la santé devenait *spectacle*<sup>9</sup> et qu'il pressentait un péril pour l'humanité. Dans "*Science et conscience*", il dit vouloir donner un sens social à son activité et "*honorer la loi sans négliger la morale*"<sup>10</sup>. Courageusement, il a rejoint la voie de ceux pour qui "*cette interrogation qui se concrétise dans la "visée éthique" contemporaine est celle qui empêche les savants d'être des ouvriers de laboratoire et les malades des objets d'expérimentation*"<sup>11</sup>.

Le progrès scientifique a bouleversé bon nombre de domaines de réflexion et d'action : la philosophie, la psychologie, la sociologie, l'éducation, etc., n'épargnant pas l'exercice de la médecine. "*La recherche de nouvelles attitudes éthiques rendant le progrès acceptable s'est imposée*"<sup>12</sup>. Le 2 décembre 1983, le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé ouvrait sa première séance de travail en la présence de François Mitterrand. Dans l'allocution d'ouverture, le président de la République précisait : "*Qu'est-ce que la mort, si les progrès des techniques de réanimation permettent une survie végétative presque indéfinie ? Qu'est-ce que la vie, si l'on peut en reconstituer les éléments ? Qu'est-ce que la personne, si l'expérimentation génétique permet d'agir sur les identités ?*"<sup>13</sup>. Étaient alors confiés aux membres du Comité de nombreux problèmes afin qu'ils soient transcrits avec "*modération et prudence en repères éthiques, en lieu et place de morales jugées désuètes*"<sup>14</sup>.

---

<sup>7</sup> Claire AMBROSELLI, *L'éthique médicale*, Paris, P.U.F, 1994, p. 27-30.

<sup>8</sup> Lucien SÈVE, dans *L'éthique, l'homme, la santé*, Prévenir, n° 22, 1992, p. 15.

<sup>9</sup> Jacques TESTART, *De l'éprouvette au bébé spectacle*, Bruxelles, Éd. Complexe, coll. Le genre humain, 1984.

<sup>10</sup> Jacques TESTART, "Science et conscience", dans *La responsabilité, la condition de notre humanité*, Autrement, série Morales, février 1996, pp. 267-279.

<sup>11</sup> Anne-Marie DAVID, "Préface 2" dans Odile PAYCHENG et Stéphane SZERMAN, *À la rencontre de l'éthique*, Thoiry, Heures de France, 1997, p. 9.

<sup>12</sup> Philippe MEYER, *De la douleur à l'éthique*, Paris, Hachette, 1998, p. 136.

<sup>13</sup> Allocution prononcée le 2 décembre 1983, dans Claire AMBROSELLI, *op. cit.*, p. 3.

<sup>14</sup> Pierre CÜER, "En l'honneur du Professeur Guido Gerin", estratto del volume *Scritti in onore di Guido Gerin*, Milan, CEDAM, 1996, p. 130.



Ainsi se développe une interrogation éthique nouvelle face à une morale discréditée et qui ne donne pas de réponse à un progrès qui pousse à des décisions individuelles et collectives. Mais décider en conscience de ce qu'il convient de faire ou de ne pas faire exige un souci de justice. La délibération éthique ne peut souffrir d'injustice et pourtant : *“Le problème de la justice devient un problème éthique difficile dès lors que nulle société n'a pu réussir, ni même se proposer une distribution égale, non seulement ... entre les biens et les revenus, mais aussi entre les charges et les responsabilités”*<sup>15</sup>. Que la réponse soit utilitariste ou distributive, elle remet en cause la notion même d'égalité au profit ou de la recherche de l'avantage maximal pour le plus grand nombre, ou de l'équité par redistribution plus avantageuse aux moins favorisés. La réflexion nous conduit à reconnaître alors qu'un principe n'a pas de valeur intrinsèque, qu'il ne prend valeur que dans un contexte donné.

Quant au rapport du soignant au soigné, il s'est modifié : il ne s'agit plus de nier le soigné, de rester sourd à sa demande de savoir la vérité ou à sa demande de participer, voire de conduire ses soins. Mais au-delà, *“La demande de santé est devenue une revendication de bonheur”*<sup>16</sup>. La personne tente d'échapper aux concepts biologiques : n'est-elle pas autant être de chair que de liberté ? C'est l'indissociabilité du corps et de la personne. Chacun porte son exigence de liberté et de dignité : *“l'homme malade est toujours un homme”*<sup>17</sup>. La rencontre singulière entre la personne en demande de soins et le soignant prend une autre tournure : émerge un modèle de relation au patient basé sur l'autonomie et non plus sur le paternalisme.

Suzanne Rameix distingue la relation paternaliste *“fondée sur le principe de bienfaisance”* à l'égard d'un malade qui se présente *“comme un enfant que le médecin soutient et protège, et qu'il décharge de la responsabilité de décision”*, et la relation d'autonomie dans laquelle *“le malade est d'abord, entièrement informé par un médecin qui est son égal, dans une relation prestataire de service”* et *“responsable des décisions thérapeutiques qui le concernent”*<sup>18</sup>. La relation s'oriente vers le contrat passé avec le patient dans lequel celui-ci est acteur et auteur à la fois. Ce n'est que de sa demande que naît le contrat thérapeutique et il est responsable de son application dès lors que son consentement libre et éclairé<sup>19</sup> est requis. La conception de l'autonomie est fondée sur le patient.

---

<sup>15</sup> Paul RICOEUR, “Approches de la personne”, *Esprit*, n° 160, mars-avril 1990, p. 118.

<sup>16</sup> Suzanne RAMEIX, *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, Paris, Ellipses, 1996, p. 13.

<sup>17</sup> Guido GERIN, “Préface”, dans RÉSEAU EUROPÉEN “MÉDECINE ET DROITS DE L'HOMME”, *La santé face aux droits de l'homme, à l'éthique et aux morales*, Strasbourg, Éd. du Conseil de l'Europe, 1996, p. 21.

<sup>18</sup> Suzanne RAMEIX, “Du paternalisme à l'autonomie des patients ? L'exemple du consentement aux soins de réanimation”, *Médecine et Droit*, n° 12, 1995, p. 1.

<sup>19</sup> Circulaire D.G.S./D.H., n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une Charte du patient hospitalisé, B.O. du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville n°95/21.

Aussi l’apostrophe éthique n’est plus : *Que dois-je faire ? Que puis-je faire pour lui?*, mais devient *Que devons-nous faire ? Que pouvons-nous faire ensemble ?* Elle conduit à accorder une place privilégiée au patient au cœur d’une interrogation qui entrecroisait déjà nos valeurs, nos croyances, notre morale, celles de la société et les normes institutionnelles. Le chemin de l’éthique nous amène à “*guetter (le malade) dans son évidence sensible et irrationnelle, à la source même de la dignité de sa condition humaine*”<sup>20</sup>.

Après cette courte présentation du contexte sociétal et médical, notre travail vise à comprendre ce qu’il en est de l’éthique, plus particulièrement en rééducation, puisque c’est notre domaine d’exercice professionnel en tant qu’ergothérapeute, et que c’est là que nous rencontrons des difficultés, des questions, voire des conflits de valeurs quand nous avons l’exigence de chercher un sens à nos actions. Dans notre pratique professionnelle, nous sommes confrontés à des interrogations voire au désarroi. Entre nos propres valeurs, croyances et habitudes, celles de la personne qui se confie à nous pour la rééducation, mais aussi celles de l’équipe, des médecins avec qui nous travaillons, et la morale et les lois de la société, apparaissent des contradictions, des divergences qu’il nous faut savoir gérer dans l’exclusive, la complémentarité ou l’innovation pour le bénéfice de la personne qui s’adresse à nous. Mais rarement, voire jamais, nous posons le mot éthique sur ce moment de réflexion et de discernement. C’est pourquoi pour pouvoir lire et comprendre notre pratique, et identifier les conflits de valeur afin d’apporter la meilleure réponse possible pour tous les partenaires en présence, nous commencerons par définir ce qu’est l’éthique.

Si nous postulons qu’il y a émergence éthique dès qu’il y a rencontre avec autrui, alors nous chercherons auprès de quelques philosophes choisis en fonction de leur regard sur l’éthique comment celle-ci a évolué en vingt-cinq siècles pour entrer dans le champ de l’autonomie et comment se conjugue la rencontre de deux libertés dans la relation soignant-soigné. Après un rappel du cadre législatif et déontologique des métiers de rééducation, l’enquête menée auprès de rééducateurs sous forme de questionnaire apporte pour les rééducateurs eux-mêmes, mais aussi pour les cadres de santé, et les formateurs en Institut de Formation en Rééducation, des indications précieuses relatives aux situations de conflit d’ordre éthique rencontrées, à la définition qu’en donnent les rééducateurs et à la nécessité d’offrir des temps de rencontre et de réflexion entre professionnels sur ce thème, mais aussi des temps de formation.

---

<sup>20</sup> Anne-Marie DAVID, *op. cit.*, p. 10.

## ***I- A PROPOS DE MORALE, D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE***

Devant la fréquente confusion entre les trois mots *Morale*, *Éthique*, et *Déontologie*, nous nous attacherons en premier lieu à les distinguer.

Le *Vocabulaire technique et critique de la Philosophie* d'André Lalande précise pour le mot *Morale* :

- “A- ensemble des règles de conduite admises à une époque ou par un groupe d'hommes ;
- B- Ensemble des règles de conduite tenues pour inconditionnellement valables ;
- C- Théorie raisonnée du bien et du mal, éthique ;
- D- Conduite conforme à la morale.”<sup>21</sup>

Le Grand Robert donne à l'entrée *Éthique*<sup>22</sup> la définition suivante : “science de la morale ; art de diriger la conduite ; ouvrage traitant de cette science, de cet art”. La définition d'André Lalande y est précisée : “Science qui prend pour objet immédiat les jugements d'appréciation sur les actes qualifiés bons ou mauvais”.

France Quéré, dans *L'éthique et la vie*, fait la distinction suivante : “L'éthique aurait donc l'apanage de la réflexion théorique ; elle s'interrogerait sur les sources, la liberté, les valeurs, les fins de l'action, la dignité, les relations aux autres, et les concepts qui entourent ces notions difficiles. A la morale reviendrait d'intégrer dans un art de vivre les réponses dégagées par la réflexion, et de les appliquer à l'économie, au droit, à la politique, à la science. En un mot, l'éthique décrit, la morale prescrit.”<sup>23</sup>

Jacques Ardoino, dans un ouvrage collectif *Éthique, épistémologie et sciences de l'homme*, évoque l'éthique comme “réflexion problématique intéressant les droits fondamentaux et imprescriptibles de la personne humaine, considérée autant individuellement que collectivement” tandis que la morale “pose des règles de conduite, énonce des obligations et des sanctions, en se préoccupant éventuellement de leurs fondements théologiques, sociaux ou rationnels, toujours relatifs aux contextes géographiques et historiques, en dépit de prétentions assez vaines à l'universalité”<sup>24</sup>.

---

<sup>21</sup> André LALANDE, *Vocabulaire technique et critique de la Philosophie*, Paris, P.U.F., 1956, 7e éd., pp. 654-655.

<sup>22</sup> Le ROBERT, tome 4, Paris, Éd. Le Robert, 1985, p. 187.

<sup>23</sup> France QUÉRÉ, *op. cit.*, p. 12.

<sup>24</sup> Jacques ARDOINO, “Le travail sur les langages disciplinaires : l'agent, l'acteur, l'auteur”, dans J. FELDMAN, J.-C. FILLOUX, B.-P. LÉCUYER, M. SELZ, M. VICENTE, *Éthique*,

Une autre définition s'impose dans notre propos, celle de bioéthique : le mot est apparu en 1971 aux États-Unis, suite à la publication d'un ouvrage *Bioethics : Bridge to the future*, de Potter Van Rensselaer. La bioéthique est présentée comme concernant "tous les professionnels de santé", et pas seulement les médecins, "l'ensemble des problèmes ayant ou non une visée thérapeutique, les dimensions sociopolitiques, tant les humains que les règnes animal et végétal"<sup>25</sup>.

Dans le *Vocabulaire juridique* d'Henri Capitant et de Gérard Cornu, la déontologie est définie comme provenant du grec *deon, deontos* (= devoir, ce qui doit être, par opposition à *ontos*, ce qui est) et du grec *logos* : "ensemble des devoirs inhérents à l'exercice d'une activité professionnelle libérale et le plus souvent définis par un ordre professionnel"<sup>26</sup>. La déontologie expose les devoirs des professionnels, dans un document écrit par un ordre professionnel, texte émanant de la profession elle-même. C'est le cas de la déontologie médicale défendue par le conseil de l'ordre des médecins. Dans les métiers de rééducation, des décrets stipulent les actes que chaque professionnel est autorisé à effectuer mais il n'y a pas de déontologie particulière hormis celle de respecter la déontologie médicale puisque les métiers de rééducation sont *assujettis* par la prescription à la profession de médecin. Les ordres des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues ne sont pas encore mis en place, même si les textes les instituant datent du 21 janvier 1997 pour les uns, du 4 février 1995 pour les autres<sup>27</sup>.

Si aucune confusion ne devrait apparaître entre déontologie d'une part, et morale et éthique d'autre part, du fait d'un code de déontologie écrit et accessible à tous les professionnels, la distinction entre morale et éthique est plus délicate. Longtemps, dans l'histoire de la philosophie, ces deux termes furent confondus. L'étymologie grecque et latine peine à lever l'ambiguïté<sup>28</sup>, puisque dans leur utilisation courante, les deux mots sont pris l'un pour l'autre.

En parcourant, depuis l'Antiquité jusqu'à nos jours, l'évolution du concept d'éthique, nous comprendrons la force des relations entretenues avec la morale et en quoi les deux concepts aujourd'hui se différencient : l'une, externe à l'individu, héritage de la tradition,

---

*épistémologie et sciences de l'homme*, Paris, L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 1996, pp. 23-24.

<sup>25</sup> Monique CANTO-SPERBER, *Dictionnaire d'Éthique et de Philosophie morale*, Paris, P.U.F., 1996, p. 156.

<sup>26</sup> Henri CAPITANT et Gérard CORNU, *Vocabulaire juridique*, Paris, P.U.F., 1987, p. 253.

<sup>27</sup> Décret n° 97-44 du 21 janvier 1997 relatif à l'ordre national des masseurs-kinésithérapeutes. Décret 95-116 du 4 février 1995 portant création d'un ordre des pédicures-podologues (d'après la Fédération nationale des pédicures-podologues).

<sup>28</sup> France QUÉRÉ, *L'éthique et la vie*, Paris, Odile Jacob, coll. Points, 1991, p. 11.

c'est-à-dire la morale ; l'autre, "*réflexion sur le fondement de l'action et par conséquent sur ses contenus, son sens et sa responsabilité*"<sup>29</sup>, "*réponse humaine de l'homme à la demande de l'homme*"<sup>30</sup>, c'est-à-dire l'éthique.

---

<sup>29</sup> Robert MISRAHI, *La signification de l'éthique*, Paris, Synthélabo, Les empêcheurs de tourner en rond, 1995,  
p. 76.

<sup>30</sup> Emmanuel HIRSCH, *Médecine et éthique : le devoir d'humanité*, Paris, Le Cerf, 1990, p. 59.

## **II- CADRE THÉORIQUE :** **À TRAVERS L'HISTOIRE DE VINGT-CINQ SIÈCLES**

### **II.1- Du côté de l'étymologie**

Le Dictionnaire Historique de la Langue Française indique que le mot apparaît comme “*emprunt savant, d’abord comme substantif (vers 1265) au latin impérial ethica «morale» (en tant que partie de la philosophie), lui-même emprunt au grec êthikon, neutre substantivé de êthikos «qui concerne les mœurs, moral». Comme adjectif (1553), le mot est emprunté au latin ethicus «qui concerne les mœurs, moral», également du grec êthikos. Le terme grec est un dérivé de êthos «manière d’être habituelle, caractère» et «mœurs», mot conservé en grec moderne*”<sup>31</sup>.

Pour Aristote, dans la *Théorie de la vertu* : “*La vertu étant de deux espèces, l’une intellectuelle et l’autre morale, la vertu intellectuelle résulte presque toujours d’un enseignement auquel elle doit son origine et ses développements ; et de là vient qu’elle a besoin d’expérience et de temps. Quant à la vertu morale [êthikê, de êthos = caractère, façon habituelle de se comporter], elle naît plus particulièrement de l’habitude et des mœurs ; et c’est du mot même de mœurs [êthos = habitude, coutume, usage] que, par un léger changement, elle a reçu le nom de morale qu’elle porte*”<sup>32</sup>. L’éthique désigne un savoir à la fois théorique et pratique : elle est recherche de vertu personnelle et de vertu générale pour le bien commun.

En fait, l’étymologie du mot *éthique* pose problème dans la mesure où se croisent deux étymons grecs *êthos* et *éthos* :

- *Êthos a deux sens principaux : - il veut dire «séjour habituel, habitat, demeure des animaux», - mais aussi «caractère d’un individu, c’est-à-dire signe particulier, trait distinctif par lequel on le reconnaît dans sa manière d’agir, de vivre, de se comporter».*
- *Quant à éthos, il signifie «coutume, mœurs, mais surtout habitude»* <sup>33</sup>.

Les deux termes proviennent d’une même racine indo-européenne : “*swedh-, swe-, se- indiquant ce qui existe de manière autonome, ce qui a une existence propre*”<sup>34</sup>. Dans

---

<sup>31</sup> DICTIONNAIRE HISTORIQUE de la LANGUE FRANÇAISE, tome 1, Paris, Éd. Le Robert, 1992, p. 738-739.

<sup>32</sup> ARISTOTE, *Éthique à Nicomaque*, Paris, Le Livre de Poche, 1992, p. 77

<sup>33</sup> Marie-Christine PIATKOWSKI, “L’éthique : une réflexion ou une pratique ?”, *Revue de l’Infirmière*, n° 8, avril 1993, p. 16.

<sup>34</sup> DICTIONNAIRE HISTORIQUE de la LANGUE FRANÇAISE, *op. cit.*, p. 739.

l'esprit des Grecs anciens, la notion éthique provient d'*êthos*, qui signifie à l'origine les moeurs, la manière d'être habituelle qui caractérise un homme ou, plus précisément, les rapports qu'un homme entretient avec soi-même et avec les hommes qui l'entourent<sup>35</sup>.

En fait *éthique* dérive d'*êthos* dont le grec a tiré *êthikê*, qui est repris dans toutes les langues européennes. Alors que *êthos* est plus proche de l'étymon latin *mores*, au pluriel *mos*, qui donnera *moralis* "relatif aux moeurs", et puis *morale* en français. La *morale* est définie comme "*connaissance du bien et du mal ; ensemble des habitudes et des valeurs morales dans une société donnée*"<sup>36</sup>. Elle revêt plus ou moins un aspect normatif selon les époques : "*théorie, généralement conçue sous forme normative, de l'action humaine en tant qu'elle est soumise au devoir et a pour but le bien*"<sup>37</sup>.

*"Initialement donc, l'éthique renvoie non pas à des principes, à des règles, mais plutôt au caractère qu'un individu acquiert, qu'une personne se forge, bref, une éthique issue d'habitudes apprises et répétées"*<sup>38</sup>. En tant que science de la morale, l'éthique renvoie à la théorie et à la fondation de la morale : pour la philosophe Jacqueline Russ, dans *La pensée éthique contemporaine*, "*par sa dimension plus théorique, par sa volonté de remonter à la source, l'éthique se distingue de la morale et détient une primauté par rapport à cette dernière*"<sup>39</sup>.

## **II.2- Antigone sur la scène de l'éthique**

Dans la tragédie de Sophocle (-496, -406), Antigone tient une place de choix. Mais ici ou dans la mythologie, quel personnage sur la scène de l'éthique ! Quelle haute expression de la conscience individuelle ! Elle choisit l'éthique gravée au fond des coeurs plutôt que se plier à la morale des puissants. Fille d'Oedipe et de Jocaste, au nom de la justice, Antigone brave les ordres du roi Créon en rendant les honneurs funéraires à son frère Polynice, tué devant Thèbes. "*Je ne croyais pas, certes, que tes édits eussent tant de pouvoir qu'ils permissent à un mortel de violer les lois divines : lois non écrites, celles-là, mais intangibles !*"<sup>40</sup>. Elle préfère la mort au déshonneur : condamnée par Créon à être enterrée vivante, elle se pend dans le tombeau. La leçon que nous livre Antigone ne cesse d'être actuelle. "*Au fond, la scène ultime de l'éthique se joue inlassablement sous le ciel de Delphes : elle tente de remettre la paix entre Antigone et le roi Créon au-dessus du corps de Polynice*"<sup>41</sup>.

---

<sup>35</sup> Alfredo GOMEZ-MULLER, "Introduction", dans ARISTOTE, *op. cit.*, p. 17.

<sup>36</sup> DICTIONNAIRE de la LANGUE FRANÇAISE, tome 6, Éd. Le Robert, 1985, pp. 568-569.

<sup>37</sup> *Loc. cit.*

<sup>38</sup> Marie-Christine PIATKOWSKI, *op. cit.*, p. 17.

<sup>39</sup> Jacqueline RUSS, *La pensée éthique contemporaine*, Paris, P.U.F., coll. Que sais-je ?, 1995, p. 5.

<sup>40</sup> SOPHOCLE, *Théâtre complet*, "Antigone", Paris, Garnier-Flammarion, 1964, p. 79.

<sup>41</sup> France QUÉRÉ *op. cit.*, p. 323.

### **II.3- Hippocrate, la médecine comme éthique**

Le détour par Hippocrate (-460, -377), pour des professionnels de santé, s'impose par la permanence du serment<sup>42</sup> que les médecins prêtaient et prêtent encore. Sa pensée modifia la place de la maladie dans la vie des hommes : non plus punition des dieux ou des démons avec pour seuls remèdes des rites purificateurs, la maladie devient la résultante de facteurs naturels. Aussi, l'examen et le geste du médecin peuvent avoir quelque utilité pour peu qu'ils soient précis.

Les filles d'Asclépios (Esculape en latin) - ce dieu grec qui non seulement guérissait les malades mais ressuscita un mort, et qui, pour cela, reçut les foudres de Zeus -, allient désormais leurs pouvoirs, de guérison pour Panacée et de prévention pour Hygie, en un même art.

Le serment d'Hippocrate, témoin de la médecine du V<sup>e</sup> siècle avant notre ère, en invoquant Apollon, Asclépios et ses filles, exige donc, des médecins hippocratiques, de soigner sans jamais nuire, *primum non nocere*, sans opérer de distinction entre les hommes libres et les esclaves, les autochtones et les étrangers, d'offrir les soins aux indigents, de préserver la vie et de garder secret comme chose sacrée tout ce qui est vu ou entendu.

Ces "*recommandations solennelles aux soignants : respect absolu des patients, de leur vie, ne jamais leur nuire, la confidentialité, le respect des maîtres*"<sup>43</sup> traduisent des valeurs personnelles et communes au service de tous : la santé pour le malade, la vertu pour le médecin. L'éthique médicale était née, en même temps que l'observation clinique et l'ouverture à la pensée rationnelle.

Les mêmes principes seront défendus cinq siècles avant notre ère par Hippocrate à Cos en Grèce, puis par Avicenne, médecin philosophe arabe (980-1037) et par Maimonide, médecin philosophe juif (1135-1204), dans les civilisations gréco-romaines, arabes et juives<sup>44</sup>.

### **II.4- Aristote, l'éthique téléologique : contingence et hétéronomie**

Un siècle sépare Hippocrate d'Aristote. C'est celui-ci (-384, -322) qui donne à l'éthique ses lettres de noblesse. Dans l'histoire de la philosophie, le souci de construire une éthique philosophique apparaît suite au conflit avec la tradition mythique par l'émergence d'une

---

<sup>42</sup> Cf. Annexe 1.

<sup>43</sup> Pierre CÜER, "Initiation à la bioéthique", dans RÉSEAU EUROPÉEN "MÉDECINE ET DROITS DE L'HOMME", p. 30.

<sup>44</sup> *Loc. cit.*



nouvelle conception de la raison : “il y a un pourquoi de toute chose”<sup>45</sup>. C’est la fin, la finalité, le *telos* d’Aristote. Tant que l’explication était divine, il n’y avait pas lieu d’élaborer le sens par le *logos*, raison logique et dialogique en tant que raison humaine incarnée par le langage : “le pourquoi des choses est produit dans cette parole et par cette parole”<sup>46</sup>. Dès lors, il faut instaurer une méthode philosophique rigoureuse pour interroger l’être humain et son insertion dans l’univers, d’autant que la nature ne peut être parfaite “malgré la finalité inscrite en elle” car “la nature est inachevée et indéterminée”<sup>47</sup>. Aussi l’existence d’une contingence ouvre à l’homme la possibilité d’une recherche de la vertu.

La pensée réflexive de la philosophie avait été initiée par Socrate (-470, -399) en tant que réflexion distancée des croyances et encouragement à la connaissance de l’homme citoyen de la démocratie. Socrate tente une “généralisation du problème éthique selon un principe qui permet d’affirmer que ce qui est bon pour l’un doit également l’être pour l’autre placé dans les mêmes circonstances”<sup>48</sup>. Il distingue “le “on doit” expression d’un conformisme social, du “je dois” expression d’une réflexion et d’une implication personnelle”<sup>49</sup>.

Dans *Éthique à Nicomaque*, Aristote évoque la dualité qui existe entre la connaissance, qui appelle la sagesse, et la vie politique et sociale qui change, s’adapte et qui en appelle à la raison. Dans cette recherche de la vertu, excellence ou perfection de l’essence propre, il a pour guide la *phronésis*, prudence en tant que “capacité de déterminer la juste mesure, le juste milieu, l’équilibre le meilleur possible, instable et particulier à chaque cas”<sup>50</sup>, au bon moment, le *kairos*, moment favorable pour intervenir. Cette éthique du Bien est particulièrement évoquée dans le *Livre 2, Théorie de la vertu* : les actes vertueux ne le sont pas par eux-mêmes, “il faut en outre que celui qui agit soit, au moment même où il agit, dans une certaine disposition morale. La première condition c’est qu’il sache ce qu’il fait ; la seconde qu’il le veuille par un choix réfléchi, et qu’il veuille les actes qu’il produit à cause de ces actes eux-mêmes ; enfin la troisième, c’est qu’en agissant il agisse avec une résolution ferme et inébranlable de ne jamais faire autrement”<sup>51</sup>. Ainsi dit, la réflexion éthique s’attache autant à la recherche des moyens les meilleurs possibles qu’à la finalité la plus parfaite possible. Téléologique, elle est aussi arétique (de *arètè* = vertu). Elle n’existe donc et n’aboutit que dans l’action : elle est *praxis*, activité en vue d’un résultat, et *theoria*, “activité qui s’enquiert des causes et des principes de la réalité”<sup>52</sup>. Et en tant qu’être social et politique, “l’homme le plus

---

<sup>45</sup> Alfredo GOMEZ-MULLER, *op. cit.*, p. 7.

<sup>46</sup> Alfredo GOMEZ-MULLER, *op. cit.*, p. 7.

<sup>47</sup> Suzanne RAMEIX, *Fondements philosophiques de l’éthique médicale, op. cit.*, p. 24.

<sup>48</sup> Angèle KREMER-MARIETTI, *L’Éthique*, Paris, P.U.F., coll. Que sais-je ?, 1994, p. 12-13.

<sup>49</sup> Anne AUBERT, “L’éthique de la réflexion à la pratique infirmière”, dans *Recherches en soins infirmiers*, n° 19, décembre 1989.

<sup>50</sup> Suzanne RAMEIX, *op. cit.*, p. 24.

<sup>51</sup> ARISTOTE, *op. cit.*, p. 86.

<sup>52</sup> Alfredo GOMEZ-MULLER, *op. cit.*, p. 21.

*parfait n'est pas celui qui emploie sa vertu pour lui-même : c'est celui qui l'emploie pour autrui*"<sup>53</sup>. La recherche de l'*éthos* et celle de l'*êthos* sont inséparables : le vertueux pour être vertueux et heureux doit participer à la recherche du bien commun.

Pour Jostein Gaarder, dans *Le Monde de Sophie*, "*l'éthique d'Aristote, comme celle de Platon, rappelle la médecine grecque : vivre dans l'équilibre et la modération est l'unique moyen pour un homme de connaître le bonheur ou l'harmonie*"<sup>54</sup>.

## **II.5- Le Moyen Âge chrétien**

La pensée chrétienne du Moyen Âge réoriente l'extériorité de l'éthique, de la nature vers Dieu, et considère l'homme "*créé à l'image de Dieu*" comme une personne : unité de conscience dans la connaissance, unité de volonté dans l'action. Du temps de la Grèce antique, la conception de l'homme ne se rattache aucunement à la notion de personne : la singularité, l'unicité, la liberté de l'homme n'apparaissent qu'avec la conception de *créature de Dieu*. *Persona*, mot latin d'origine étrusque (*phersu*), désigne le *masque* de théâtre ; *prosôpon*, mot grec, désigne aussi le *visage*, le *masque* de théâtre ; les deux étymons vont se développer vers le sens de *rôle attribué à ce masque*, c'est-à-dire *type de personnage*, puis en dehors du théâtre vers la valeur générale d'*individu* déjà attesté par Cicéron (-106, -43)<sup>55</sup>.

À partir du IV<sup>e</sup> siècle, les différents conciles définissent les trois personnes de la Trinité (381) et réaffirme l'union des deux natures, divine et humaine, en la personne du Christ (Concile oecuménique de Constantinople II, en l'an 553).

Saint Augustin (354-430) médecin kabyle, développe cette notion de personne en abordant le thème de la responsabilité : il affirme la bonté de la Création, oeuvre de Dieu, et montre le péché de l'homme. Dans *Les Confessions*, par l'interrogation sur le mal, les remords, le passé, "*il introduit la réflexion sur le temps : la constitution du moi comme unité d'une conscience suppose une mémoire, de même que l'exercice d'une volonté suppose une projection dans le futur*"<sup>56</sup>. Le temps produit ainsi irréversibilité et unicité, donc l'ouverture sur la singularité de l'être mais aussi sur sa finitude et sur sa co-responsabilité envers l'Humanité et l'Histoire.

Pour cette pensée hétéronome, l'homme reçoit son existence de Dieu, sa vie n'a de sens que par ce don et la valeur universelle de tous les principes découle de l'origine divine. Cette conception fondée sur le péché et la rédemption, l'échec et la faute, a marqué

---

<sup>53</sup> ARISTOTE, *op. cit.*, p. 24.

<sup>54</sup> Jodein GAARDER, *Le monde de Sophie*, Paris, Seuil, 1995, p. 135.

<sup>55</sup> DICTIONNAIRE HISTORIQUE de la LANGUE FRANÇAISE, tome 2, *op. cit.*, p. 1487.

<sup>56</sup> Suzanne RAMEIX, *op. cit.*, p. 28.

profondément notre civilisation, et organise, encore pour une part, notre pensée même pour ceux qui cherchent à s’émanciper de la pensée religieuse.

## **II.6- Kant et la conception de l’autonomie**

Aristote a ouvert l’éthique à une conception hétéronome dé-liée des dieux, mais corrélée à la nature. Emmanuel Kant (1724-1804) va opérer un changement radical en formulant une éthique autonome. Au XVI<sup>e</sup> siècle, déjà, pour René Descartes, “*je suis*” répond à ses *Méditations* et conduit au sujet pensant : “*le critère de la vérité est cherché non dans l’objet à connaître, mais dans l’acte de l’esprit qui l’appréhende*”<sup>57</sup>. S’il recherche le Souverain Bien aristotélicien et la sagesse, intuition et déduction le guident vers une exigence théorique et pratique de rationalité. S’appuyant sur science et technique, la liberté de l’homme est affirmée, sa capacité à maîtriser et posséder la nature aussi. Il est vrai que la Renaissance a apporté de grandes découvertes, notamment la *révolution copernicienne* dont les travaux sont poursuivis par Galilée, et ont livré aussi le *Traité d’anatomie* d’André Vésale<sup>58</sup>. L’homme va passer du monde clos de la théologie à l’univers infini de la science. C’est aussi la période où le portrait apparaît en peinture, détaché d’une scène religieuse (XV<sup>e</sup> siècle) et que la signature des documents se fait par apposition manuscrite du nom, “en un paraphe fixé, individualisé et identitaire”<sup>59</sup>, engageant la personne et sa responsabilité (XVI<sup>e</sup> siècle). Mais la connaissance de l’être ne donne pas de clefs pour ce qui doit être, pour le devoir-être.

Puis, contre Descartes, dans *L’Éthique démontrée suivant l’ordre géométrique et divisée en cinq parties*<sup>60</sup>, Spinoza affirme l’unité de la *Substance infinie*, unité du réel qui ne se satisfait pas du dualisme du corps et de l’âme : il cherche à confondre *ce qui est et ce qui doit être* car la liberté et la finalité seraient des illusions. L’éthique de Spinoza prend appui d’une part sur la puissance de la vie et du désir dans le modèle de la *puissance affirmative*<sup>61</sup>, et d’autre part sur une conception immanentiste de Dieu identifié à la Nature, *Deus sive Natura* : Dieu ou la Nature mais aussi “*Dieu, c’est-à-dire la Nature, seule et unique substance du réel*”<sup>62</sup>.

Pour Emmanuel Kant, *a contrario*, la conception de l’éthique se fonde sur la raison de l’homme, et non plus sur une force extérieure. Des conceptions de l’hétéronomie fondées sur Dieu ou la Nature, déjà avec Descartes, la réflexion philosophique passe à une

---

<sup>57</sup> *Ibid.*, p. 34.

<sup>58</sup> *Le traité d’anatomie* d’André VÉSALE est publié en 1543, la même année que *De revolutionibus orbium coelestium libri sex* de Nicolas COPERNIC, GALILÉE est condamné en 1633 par le tribunal de l’Inquisition, les *Méditations métaphysiques* de René DESCARTES sont édités en 1641.

<sup>59</sup> Suzanne RAMEIX, *op. cit.*, p. 33.

<sup>60</sup> *Ibid.*, p. 56, note 32. L’ouvrage de Spinoza date de 1675, il fut publié en 1677, après sa mort.

<sup>61</sup> Jacqueline RUSS, *op. cit.*, pp. 15 et 26-28.

<sup>62</sup> Suzanne RAMEIX, *op. cit.*, p. 56.

éthique posée par l'homme : Kant approfondit cette conception et lui apporte une formulation complètement nouvelle avec l'autonomie de la volonté.

Déjà Jean-Jacques Rousseau, dans *Du contrat social* (1762), avait élargi le concept d'autonomie qui, à l'origine, ne s'inscrivait que dans le champ politique pour signifier l'indépendance ou l'autodétermination d'un État. Franchissant le domaine moral, Rousseau définit l'autonomie comme "*obéissance à la loi qu'on s'est prescrite*"<sup>63</sup>. Cette obéissance rend possible "*le passage de l'état de nature, où seuls règnent l'appétit et la force, à l'état civil, dans lequel l'homme est soumis à l'autorité de la raison et de la loi*"<sup>64</sup>.

Dans les *Fondements de la métaphysique des moeurs* (1785), Kant va transformer cette conception en autonomie de la volonté. Kant part d'un présupposé : l'homme est bon. Aussi, ce ne sont plus des lois extérieures publiques qui s'imposeraient mais des commandements de la raison de l'individu. La volonté est identifiée à la raison pure pratique. L'autonomie est définie comme "*la propriété qu'a la volonté d'être à elle-même sa loi (indépendamment de toute propriété des objets du vouloir)*"<sup>65</sup>. La finalité n'a aucune place dans la pensée kantienne, seule compte la valeur de l'intention, qui induit l'obéissance à l'impératif catégorique : l'homme autonome se donne lui-même sa loi.

La liberté est *a priori* et nous permet de découvrir la loi morale qui elle-même fait que nous pouvons nous reconnaître libre : "*être libre c'est agir moralement, agir moralement c'est être libre*"<sup>66</sup>. Le référent est la loi universelle posée par la raison, impératif moral catégorique, déterminant immédiatement ce qu'il ordonne : "*agis uniquement d'après la maxime qui fait que tu peux vouloir en même temps qu'elle devienne une loi universelle*"<sup>67</sup>. De là, il en déduit que : "*l'homme, et en général tout être raisonnable, existe comme une fin en soi, et non pas simplement comme moyen dont telle ou telle volonté puisse user à son gré*"<sup>68</sup>.

Ainsi Pierre Cüer, dans l'ouvrage *La Santé face aux droits de l'homme, à l'éthique et aux morales*<sup>69</sup>, affirme que "*la distinction essentielle entre personnes et choses, qui s'est étendue à la jurisprudence, la condamnation sans appel de tout esclavage, de toute torture, le respect de l'embryon comme personne humaine potentielle, portent son empreinte*"<sup>70</sup>.

---

<sup>63</sup> Jean-Jacques ROUSSEAU, *Du Contrat social*, I, VIII, cité par Monique CANTO-SPERBER, *Dictionnaire d'Éthique et de Philosophie morale*, Paris, P.U.F., 1996, p. 115.

<sup>64</sup> Monique CANTO-SPERBER, *loc. cit.*

<sup>65</sup> Emmanuel KANT, *Fondements de la métaphysique des moeurs*, Deuxième section, cité par Monique CANTO-SPERBER, *Ibid.*, p. 116

<sup>66</sup> Emmanuel KANT, *Fondements de la métaphysique des moeurs*, Deuxième section, cité par Suzanne RAMEIX, *op. cit.*, p. 39.

<sup>67</sup> Suzanne RAMEIX, *Ibid.*, p. 126.

<sup>68</sup> *Ibid.*

<sup>69</sup> Pierre CÜER, *op. cit.*

<sup>70</sup> Pierre CÜER, *op. cit.*, p. 31.

## II.7- À la recherche de l'Être ?

La fin du XIX<sup>e</sup> siècle et une partie du XX<sup>e</sup> siècle verront des interrogations fortes sur la conscience, la liberté, la responsabilité et la volonté de l'homme, et même sur l'existence de l'homme. Les valeurs ne sont plus fondées. Les réponses apportées consacrent la "*mort de l'homme*"<sup>71</sup>, puisqu'il est manipulé par des réalités qui lui échappent : la volonté de puissance, les relations de pouvoir, l'inconscient, les structures (dans le structuralisme de Claude Lévi-Strauss ou de Michel Foucault), le scientisme mais aussi la lutte des classes (dans le marxisme).

### II.7.1- Le nihilisme de Nietzsche et l'oubli de l'Être de Heidegger

Ainsi, Friedrich Nietzsche (1844-1900) affirme que toute transcendance est une invention des faibles, et que la morale, née de la haine et du ressentiment, est fondée sur la cruauté, cruauté qui se retourne contre soi-même. Dieu est mort alors s'ouvre un nouvel espace de pensée en s'affranchissant des valeurs établies.

Quant à Martin Heidegger (1889-1976), il déconstruit l'idée d'homme comme sujet, conscience et volonté : l'homme est *jeté au monde* (la *déréliction*), se découvre comme pouvant être *l'être-là de l'Être* (*l'ek-sistence*) et s'ouvre à l'autre dans *l'être-auprès-de*, présence à l'Être. "*L'unité de ces trois moments est ce que Heidegger appelle le souci*"<sup>72</sup>. L'homme n'est plus défini par sa conscience mais par le souci du *on* : souci de ce qu'*on* dit, de ce qu'*on* fait, de ce qu'*on* pense, ... la banalité de la vie quotidienne. À moins qu'il ne cherche à accéder à une vie authentique par l'expérience de l'angoisse révélant le néant, *l'être-pour-la mort*.<sup>73</sup>.

### II.7.2- Du côté de la psychanalyse et de la psychologie

Sigmund Freud (1856-1939) pose la réalité à part entière de l'inconscient psychique à partir de l'observation de troubles hystériques, de l'étude du contenu des rêves et des actes manqués (oublis, lapsus, pertes et bris d'objet, etc.). En élaborant l'hypothèse de la sexualité infantile et du complexe d'Oedipe, il éclaire la nature de l'inconscient comme libido. L'inconscient est dynamique, constitué de pulsions de vie, *Éros*, et de pulsions de mort, *Thanatos*.

Dans l'*Abrégé de psychanalyse* (1938), la deuxième théorie du psychisme (deuxième topique, 1920) présente l'inconscient comme se subdivisant d'une part en *Ça* natif,

---

<sup>71</sup> Suzanne RAMEIX, *op. cit.*, p. 44.

<sup>72</sup> *Ibid.*, p. 49. "*Ce qui est c'est l'Être, l'homme n'est que "l'être-là de l'Être"*".

<sup>73</sup> Suzanne RAMEIX, *op. cit.*, p. 49.

pulsionnel, amoral et régi par le principe de plaisir, et d'autre part en *Sur-Moi*, instance de censure intériorisant les interdits familiaux et sociaux. Quant au *Moi* ou *Ego*, il s'agit d'une différenciation du *Ça* au contact de la réalité extérieure, c'est le siège du principe de réalité. Le déséquilibre entre ces trois instances ouvre la porte du pathologique, notamment les conflits entre les deux instances inconscientes provoquent des névroses. Il peut aussi provoquer des réponses éthiques désadaptées en fonction de la poussée de l'amoralité ou de la rigidité morale.

Henry Ey, dans le *Manuel de Psychiatrie*, donne des éléments quant à la constitution de l'*image spéculaire de soi*, dans la toute petite enfance, entre 10 et 20 mois, le stade du *miroir* sur lequel divers auteurs dont Wallon et Lacan ont insisté. "*La connaissance vient à l'enfant avec la connaissance de sa propre image distincte de celle des autres et pourtant semblable à elle*"<sup>74</sup>. C'est la première rencontre avec soi, en même temps que première véritable relation humaine avec autrui, avant même le langage. "*C'est le moment où se forme le Moi, où la subjectivité en tant qu'expérience préverbale se constitue comme affirmation de soi et soumission à autrui (Sur-Moi)*"<sup>75</sup>.

Puis apparaît le langage qui permet à l'enfant de faire *entrer le monde en lui*, d'en jouir et d'en jouer. Il dispose alors du pouvoir de créer son histoire. "*Il sort de la préhistoire*"<sup>76</sup>. Dans le développement psychique, le nouveau-né passe d'une soumission au principe de plaisir, à l'adulte régi par le principe de la réalité et de la raison.

Finalement *Moi* est "Quelqu'un" :

- "*sujet de sa propre connaissance, le Moi s'institue comme être raisonnable capable de jugement*",
- "*artisan de son propre monde, il se lie au monde de la coexistence et du milieu naturel par un ensemble de sentiments, de croyances et d'idées qui représentent la conception du monde dont il est le centre*",
- -"*auteur de sa propre personne (persona), il s'identifie à un personnage qui assume son rôle et son statut social*",
- -"*maître de son propre caractère, il forme sa physionomie individuelle en tant qu'elle est sa propriété de sentir, de réagir et de vouloir*"<sup>77</sup>.

Pour Jacques Lacan (1901-1981), dans *Le Stade du miroir comme formateur de la fonction du "Je"* <sup>78</sup>, le stade du miroir met en évidence le rôle médiateur de l'image totale du

---

<sup>74</sup> Henry EY, P. BERNARD, Ch. BRISSET, *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson, 6<sup>e</sup> éd., 1989, p. 15.

<sup>75</sup> *Loc. cit.*

<sup>76</sup> *Loc. cit.*

<sup>77</sup> *Ibid.*, p. 37.

<sup>78</sup> Jacques LACAN, *Écrits*, Paris, Seuil, 1966.

corps et la signification du corps propre dans la constitution de l'identité du sujet. Quant à la parole, c'est une demande de reconnaissance de l'être du fait d'un manque, appelé *désir* par Lacan : en fait, écart entre demande et besoin, le désir est lié au désir du désir de l'autre<sup>79</sup>, au désir de faire reconnaître son désir. L'homme est un être de *manque*. La parole "*est donc le lieu où se constitue le Je qui parle avec qui entend, ce que l'un dit étant déjà la réponse et l'autre décidant à l'entendre si l'un a ou non parlé*"<sup>80</sup>. Et "*la relation à l'Autre s'engendre tout entière dans un processus de béance*"<sup>81</sup>, en ouvrant sur de multiples signifiés qui ne peuvent se réduire aux seuls signifiants émis.

Dans un tout autre champ, celui de la psychologie développementale, Jean Piaget (1896-1980) souligne que la notion de bien n'apparaît que vers 11 ans, au stade des opérations formelles (accès au raisonnement hypothético-déductif), "*lorsque l'enfant peut avoir des égaux, des rapports de respect mutuel*"<sup>82</sup>. Par ailleurs la logique et la morale sont parallèles : "*la logique est une morale de la pensée, comme la morale est une logique de l'action*"<sup>83</sup> et la construction morale résulte d'un accord mutuel par la confrontation et l'échange dans et pour une "*visée de respect d'autrui, de sa personne, de sa dignité, de ses droits*"<sup>84</sup>.

### **II.7.3- Sartre : l'homme est condamné à être libre**

Dans *L'existentialisme est un humanisme*, Jean-Paul Sartre (1905-1980) expose que si Dieu n'existe pas, nous n'avons aucun phare de valeurs pour légitimer notre conduite. "*Nous sommes seuls, sans excuses. (...) L'homme est condamné à être libre. Condamné, parce qu'il ne s'est pas créé lui-même, et par ailleurs, cependant, libre, parce qu'une fois jeté dans le monde, il est responsable de tout ce qu'il fait*"<sup>85</sup>. La liberté ne se conçoit donc que comme responsabilité.

Dans *l'Être et le Néant* et *l'Essai d'ontologie phénoménologique* (1943), la rencontre de la conscience avec le regard de l'autre s'effectue sur le mode du conflit, du choc de deux libertés qui tentent de se détruire en tant que libertés si bien que dans *Huis clos* (1945), "*l'enfer, c'est les autres*"<sup>86</sup>. Autrui étant l'Autre, le différent, c'est-à-dire "un moi qui n'est pas moi". Il oppose le *pour-soi* à *l'en-soi* : "*alors que l'en-soi constitue une plénitude d'être, le pour-soi représente la manière d'être d'un existant qui jamais ne coïncide avec lui-même. (...)*

---

<sup>79</sup> Réjane DUPAS, *À propos du sujet...*, Aix-en-Provence, En question, Cahier n° 15, 1998, p. 7.

<sup>80</sup> Jacques LACAN, *op. cit.*, p. 431.

<sup>81</sup> *Id.*, *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Seuil, coll. Points, 1973, p. 231.

<sup>82</sup> Pierre VANBERGEN, *op. cit.*, p. 142.

<sup>83</sup> Jean PIAGET, *Le jugement moral chez l'enfant*, Paris, Librairie Félix Alcan, 1932, p. 462.

<sup>84</sup> Pierre VANBERGEN, *op. cit.*

<sup>85</sup> Jean-Paul SARTRE, *L'existentialisme est un humanisme*, Conférence de 1946, Paris, Nagel, 1970, pp. 36-37

<sup>86</sup> Jacqueline RUSS, *Dictionnaire de Philosophie*, Paris, Bordas, 1996, p. 371.

*Le pour-soi est le mode d'être d'une conscience qui s'évanouit perpétuellement (et) qui se caractérise comme mouvement et projet d'être*"<sup>87</sup>.

#### **II.7.4- Lévinas, la responsabilité du regard**

Avec Emmanuel Lévinas (1906-1995), "*l'accès au visage est d'emblée éthique*"<sup>88</sup> et responsabilité, non pas d'abord pour soi, mais envers autrui. Si Heidegger donnait la priorité à l'Être comme l'être-là à l'écoute de l'Être, Lévinas donne la priorité à la question de l'autre. L'autre ne se réduit pas à ce que j'en vois, "*autrui se tient toujours au-delà de l'image que je m'en fais. (...) Il ne s'agit plus de connaître autrui, mais de le reconnaître*"<sup>89</sup>. La responsabilité est le nœud de la subjectivité, de ce qui appartient au sujet : "*J'entends responsabilité pour autrui, donc comme responsabilité pour ce qui n'est pas mon fait, ou même ne me regarde pas*"<sup>90</sup>. Cette responsabilité d'ailleurs peut être acceptée ou refusée mais c'est le problème de l'autre.

Cependant si je suis seul avec l'autre, et que je lui doive tout, il y a aussi tous les autres: "*c'est le fait de la multiplicité des hommes, la présence du tiers à côté d'autrui, qui conditionnent les lois et instaurent la justice*"<sup>91</sup>. C'est l'altérité qui nous fait homme, qui nous humanise, par le fait qu'elle nous fait sortir de l'Être, nous fait nous en évader<sup>92</sup> : ce dépassement de l'Être se comprend "*comme la vocation intrinsèquement éthique de l'homme*"<sup>93</sup>.

Mais une question d'Emmanuel Lévinas nous interroge sans cesse dans ce rapport à autrui, y compris dans la relation soignante : "*est-ce que je ne tue pas en étant*"<sup>94</sup>?

#### **II.7.5- Michel Foucault, l'esthétique de l'existence**

En puisant dans l'Antiquité classique, Michel Foucault (1926-1984) défend l'idée du souci de soi, n'accepter dans le rapport à soi-même que ce qui est digne de nous, long travail de recueillement, ascèse spirituelle, esthétique de l'existence<sup>95</sup>. Mais il complète sa vision avec celle du structuralisme. Comme Claude Lévi-Strauss, Foucault ne laisse que peu de place à l'homme dans la mesure où les structures qui expliquent nos activités sociales sont inconscientes et possèdent donc une réalité indépendante des phénomènes qu'elles structurent. C'est ce qui

---

<sup>87</sup> *Ibid.*, p. 370.

<sup>88</sup> Emmanuel LÉVINAS, *Éthique et Infini*, Paris, Fayard, coll. Biblio essais, 1982, p. 79.

<sup>89</sup> Fred POCHÉ, *Penser avec Arendt et Lévinas*, Lyon, Chronique Sociale, 1998, p. 87.

<sup>90</sup> Emmanuel LÉVINAS, *op. cit.*, p. 91.

<sup>91</sup> *Ibid.*, p. 84.

<sup>92</sup> F. CIARAMELLI, "De l'évasion à l'exode, Subjectivité et existence chez le jeune Lévinas", *Revue philosophique de Louvain*, n° 80, 1982, pp. 553-578, cité par Fred POCHÉ, *op. cit.*, p. 74.

<sup>93</sup> Fred POCHÉ, *op. cit.*, p. 74.

<sup>94</sup> Emmanuel LÉVINAS, *op. cit.*, p. 119.

<sup>95</sup> Michel FOUCAULT, *Le souci de soi*, Gallimard, coll. Tel, 1997, 334 p.



fera dire à Jacques Lacan que “je” ne parle pas mais que “ça” parle en moi. Ainsi, “l’homme s’effacerait, comme à la limite de la mer un visage de sable”<sup>96</sup>.

Quant au regard du clinicien, chez Michel Foucault, il “a pouvoir de faire venir au jour une vérité qu’il ne reçoit que dans la mesure où il lui a donné le jour”<sup>97</sup>, mais ce “regard qui voit est un regard qui domine”<sup>98</sup>. C’est la toute-puissance du médecin à statut quasi divin, c’est “le malade mental entièrement aliéné dans la personne réelle de son médecin”<sup>99</sup>. Le regard clinique perçoit un spectacle : c’est à la fois un regard qui écoute et un regard qui parle : “l’expérience clinique représente un moment d’équilibre entre la parole et le spectacle. Équilibre précaire car il repose sur un formidable postulat : que tout visible est énonçable et qu’il est tout entier visible parce que tout entier énonçable”<sup>100</sup>.

### II.7.6- Ricœur : “Soi-même comme un autre”

Paul Ricœur propose d’entendre l’éthique comme “la visée de la «vie bonne» avec et pour autrui dans des institutions justes”<sup>101</sup>, héritage aristotélicien, ou bien encore comme “tout le questionnement qui précède l’introduction de loi morale”<sup>102</sup>. La morale est définie par “le caractère d’obligation de la norme”<sup>103</sup>, héritage kantien. Ricœur articule éthique et morale en établissant une primauté de l’éthique sur la morale : “la morale ne constituerait qu’une effectuation limitée, quoique légitime et indispensable, de la visée éthique, et l’éthique en ce sens envelopperait la morale”<sup>104</sup>.

Les travaux de Ricœur s’appuient sur ceux d’Émile Benveniste, linguiste français : le *je* et le *tu* sont en réciprocité et s’opposent au *il* externe. Pour Ricoeur, le *je* est le pôle du rapport à *soi*, le *tu* du rapport à l’*autre* et le *il* le retour à la *norme* extérieure<sup>105</sup>. Il distingue “deux significations majeures de l’identité selon qu’on entend par identique l’équivalent de l’*idem* ou de l’*ipse* latin”<sup>106</sup>. D’un côté, l’identité-*idem* sera “*mêmeté*”, de l’autre côté, l’identité-*ipse* sera *ipséité*, en d’autres termes *soi* et l’*autre que soi*. La question de la permanence dans le temps se rattache exclusivement à l’identité-*idem*<sup>107</sup>.

---

<sup>96</sup> *Id.*, *Les mots et les choses*, Paris, Gallimard, coll. Tel, 1997, p. 398.

<sup>97</sup> *Id.*, *Naissance de la clinique*, Paris, P.U.F., coll. Gallien, 1983, p. IX.

<sup>98</sup> *Ibid.*, p. 38.

<sup>99</sup> *Id.*, *Histoire de la folie à l’âge classique*, Paris, Gallimard, coll. Tel, 1972, p. 529.

<sup>100</sup> *Id.*, *Naissance de la clinique*, p. 116.

<sup>101</sup> Paul RICOEUR, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, coll. Points, 1996, p. 202.

<sup>102</sup> Cité par Jean-Michel BAUDOUIN, “La réflexion éthique contemporaine”, dans *Questionnement éthique*, Éducation permanente, n° 121, p. 20.

<sup>103</sup> Paul RICOEUR, *op. cit.*, p. 200.

<sup>104</sup> Paul RICOEUR, *op. cit.*, p. 201.

<sup>105</sup> Jean-Michel BAUDOUIN, *op. cit.*, p. 23. Émile BENVENISTE, *Problèmes de linguistique générale I*, Paris, Gallimard, 1966.

<sup>106</sup> Paul RICOEUR, *op. cit.*, p. 12.

<sup>107</sup> *Ibid.*, p. 140.

Si bien que Ricœur peut formuler que le rapport à soi se médiatise par l'estime de soi, plus fondamentale que le respect de soi<sup>108</sup> (l'estime se référant à l'éthique, le respect à la norme), que le rapport à l'autre s'exprime dans la sollicitude et que le rapport aux autres recherche la justice. *“La réciprocité est alors le ressort fondamental de l'éthique relationnelle”*<sup>109</sup>.

## **II.8- Pour une éthique en rééducation**

Au terme de ce parcours, bien incomplet, mais qui nous livre quelques repères, nous nous proposons de poser des jalons pour notre réflexion éthique tournée vers le troisième millénaire. Aristote ou Kant peuvent nous sembler bien loin, mais leur puissance de pensée nous permet aujourd'hui encore de les re-connaître. Qui est l'homme ?

*“l'être qui se connaît lui-même, dit Socrate,  
l'être qui parle de Dieu, lance Platon,  
qui parle à Dieu, corrige saint Augustin,  
la conscience qui se pense elle-même, d'après Descartes,  
l'esprit libre qui juge de tout et n'est jugé par rien, avec Alain,  
ou le désir de s'estimer soi-même, selon Ricoeur.  
Et tous à leur façon saluent l'éminente faculté de ne pas coïncider avec soi,  
pour en citer encore un qui les résume tous, Maurice Merleau-Ponty”*<sup>110</sup>.

L'éthique s'instaure comme *“questionnement suscité par une situation non prévue ou présentant un conflit de valeurs à hiérarchiser”*<sup>111</sup>, à discriminer selon les critères du bien et du mal. Elle apparaît en tension entre la dimension téléologique, questionnement sur les fins et les valeurs, et la dimension déontologique, questionnement sur les normes et sur la justice<sup>112</sup> : dialectique incessante. Mais en tension aussi entre l'Universel et le Particulier, entre la conviction et la responsabilité<sup>113</sup>. C'est le sociologue Max Weber (1864-1920) qui montre l'antinomie de ces deux principes moraux : l'un consisterait à n'agir qu'en fonction des valeurs qui sont les nôtres (paix, liberté, égalité, ...), l'autre répondrait à la prise en compte de l'efficacité et des conséquences ultimes de notre conduite. Nous proposons d'articuler les deux attitudes indissociablement dans nos réflexions et nos choix et de nous placer au *“carrefour des interrogations entre désir et rationalité, indéfini et défini, individuel et collectif”*<sup>114</sup>. Nous ne

---

<sup>108</sup> *Ibid.*, p. 201.

<sup>109</sup> Jean-Michel BAUDOUIN, *op. cit.*, p. 25.

<sup>110</sup> France QUÉRÉ, *L'éthique et la vie*, *op. cit.*, p. 228.

<sup>111</sup> Pierre CÜER, *op. cit.*, p. 32.

<sup>112</sup> D'après Nicole MOSCONI, “Approche philosophique de l'éthique en éducation”, Université Paris X-Nanterre, Sciences de l'éducation, 1997.

<sup>113</sup> Max WEBER, *Le savant et le politique* (1919), cité dans “L'éthique”, *Sciences Humaines*, n° 46, 1995, p. 21.

<sup>114</sup> Claudie LAVAUX dans “L'éthique, l'homme, la santé”, *Prévenir* n° 22, 1992, p. 5.

sommes guère loin de ce qu'écrit Jacques Ardoïno à propos de l'autorisation : la capacité "*de se faire soi-même son propre auteur ; c'est-à-dire de décider, en connaissance de cause, des moyens dépendant effectivement de nous comme des principes qui gouverneront notre existence*"<sup>115</sup>, ou de "*la théorie de l'émergence du sujet à partir du jeu dialectique de trois instances : le réel, l'imaginaire et le symbolique, élaborée par Jacques Lacan*"<sup>116</sup>.

Nous écarterons la question de l'homme dépourvu de liberté, intégralement déterminé, car ne serait-ce que pour poser pareille affirmation, il faut déjà pouvoir s'appuyer sur une liberté de réflexion, de jugement et de discernement. Cela ne nous empêche pas de prendre en compte les réalités contraignant l'individu et postulons que sa liberté réside dans sa capacité à être autonome, c'est-à-dire dans sa *capacité à gérer ses liens de dépendance dans la finalité d'un projet*<sup>117</sup>. Pour Jean-Marie Labelle, "*Altérité et identité sont les deux facettes de l'autonomie personnelle*"<sup>118</sup>, la reconnaissance de ce qui est *autre* accompagne l'invention-découverte de ce qui est *soi*. C'est aussi admettre que nous devons pouvoir articuler "*l'analyse des activités psychiques des sujets (regardés en tant qu'individus ou personnes) et les investigations portant sur leurs comportements groupaux ou collectifs*"<sup>119</sup>, deux démarches qui sont chacune hétérogènes, comme nous l'avons esquissé, et permettent une *multiréférentialité*<sup>120</sup> susceptible de comprendre la complexité humaine.

Et si "*Reconnaître, c'est faire exister*"<sup>121</sup>, il ne s'agit pas d'envisager le "*simple souci intime de Soi, ultime refuge de sa liberté*"<sup>122</sup>. Bien au contraire, la question de l'éthique est celle de la rencontre de deux libertés qui nous "*invite à vivre une disponibilité*"<sup>123</sup> vis-à-vis de l'autre : c'est-à-dire re-connaître l'autre, son altérité, sa liberté, son autonomie, offrir écoute, respect d'autrui, de sa dignité, convier justice et solidarité. L'éthique ne relève pas du registre de

---

<sup>115</sup> Jacques ARDOÏNO, "Autorisation", dans *Encyclopédie philosophique universelle, les notions philosophiques*, Paris, P.U.F., 1990, cité dans Repères et notes de lecture, ANDSHA, p. 5.

<sup>116</sup> *Ibid.*

<sup>117</sup> Selon Jean-Jacques BONNIOL, Université Provence-Aix-Marseille, Sciences de l'éducation.

<sup>118</sup> Jean-Marie LABELLE, *La réciprocité éducative*, Paris, P.U.F., coll. Pédagogie d'aujourd'hui, 1996, p. 196.

<sup>119</sup> Jacques ARDOÏNO, "Le travail sur les langages disciplinaires : l'agent, l'acteur, l'auteur", dans J. FELDMAN, J.-C. FILLOUX, B.-P. LÉCUYER, M. SELZ, M. VICENTE, *Éthique, épistémologie et sciences de l'homme*, Paris, L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 1996, p. 25.

<sup>120</sup> *Ibid.*, p. 24.

<sup>121</sup> Jean-Marie LABELLE, *op. cit.*

<sup>122</sup> Jean-Jacques WUNENBURGER, *Questions d'éthique*, Paris, P.U.F., coll. Premier cycle, 1993, p. 354.

<sup>123</sup> Fred POCHÉ, *op. cit.*, p. 120.

la spontanéité mais de celui de la réflexion<sup>124</sup> et requiert la conciliation du bien et du juste, du bien à faire et du devoir à accomplir, des conséquences et des principes<sup>125</sup>.

“L'éthique n'a jamais permis de trancher un débat, même si son rôle est de les ouvrir tous, (...) mais de stimuler une pensée libre”<sup>126</sup>. Nous la comprenons non pas comme prescription mais comme relation de sens et de responsabilité. Dans la situation professionnelle qui nous occupe, nous la plaçons au cœur de la rencontre avec la personne en demande de soins, comme lent travail, toujours inachevé, “de la mise en commun, de l'échange, de l'interrogation, de l'interpellation”<sup>127</sup>.

L'autre concept qu'il nous faudrait définir, c'est celui de rééducation. Mais nous ne disposons pas de référence théorique. Si l'on se réfère à l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.), nous avons une définition de la santé comme “état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité”<sup>128</sup>. Nous utilisons aussi la nomenclature des déficiences, incapacités, désavantages, fixée par arrêté du 4 mai 1988<sup>129</sup> et issue des travaux de l'O.M.S. Mais ceci ne définit pas pour autant la rééducation.

Hormis de rappeler que le mot est formé de re- et d'éducation et de penser qu'il est acte d'éducation tout comme acte de rétablir des fonctions déficitaires ou de retrouver des capacités, mais ce qui limite la portée de la rééducation puisque cela l'ampute de son objectif de faire découvrir une nouvelle vie qui ne sera jamais plus ce qui fut ou qui ne sera jamais ce qui se rêvait d'être.

Aussi nous reprendrons le “mot traduit” d'Hervé Cochet, ré-éducation : “l'interposition du trait d'union dans rééducation souligne que l'action de rééduquer ne peut viser un retour à l'état antérieur, à l'éducation d'avant, mais, obligatoirement, va transformer, réorganiser afin d'aller vers une nouvelle éducation”<sup>130</sup>. En d'autres termes, “ré : pour tous mots débutant par cette affiche, ré indique que cela transforme et éclaire autrement, soleil nouveau”<sup>131</sup>.

---

<sup>124</sup> Robert MISHARI, *La signification de l'éthique*, op. cit.

<sup>125</sup> Suzanne RAMEIX, op. cit., p. 90.

<sup>126</sup> Fernando SAVATER, *Éthique à l'usage de mon fils*, Paris, Points Seuil, 1994, pp. 11-12.

<sup>127</sup> Marie-Hélène BOUCAND, op. cit., p. 14.

<sup>128</sup> Pierre CÜER, op. cit., p. 26.

<sup>129</sup> ARRÊTÉ du 4 mai 1988 relatif à la nomenclature des déficiences, incapacités, désavantages (non paru au J.O.).

<sup>130</sup> Hervé COCHET, *Complexité en formation, Défi..Diversité..Dérive*, Paris, L'Harmattan, coll. Éducation et formation, 1996, p. 248.

<sup>131</sup> *Loc. cit.*

Nous continuerons notre propos en considérant le champ d'application de la rééducation comme celui d'exercice des sept métiers de rééducation , à savoir : diététicien, ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, psychomotricien, et ce quelle que soit la structure de soins où se pratique l'exercice.

Maintenant que le concept d'éthique a reçu un éclairage par des repères dans son évolution historique, et qu'il est posé par nous-même comme réflexion dialogique<sup>132</sup> entre téléologie et déontologie, entre le choix et l'obligation, nous nous servirons de cette acception comme cadre théorique articulant liberté, autonomie et responsabilité, dans un champ déterminé qui est celui de la rééducation.

---

<sup>132</sup> Edgar MORIN, *La méthode, tome 3 : La connaissance de la connaissance*, Paris, Seuil, 1986, p. 98. “*Le principe dialogique peut être défini comme l'association complexe (complémentaire/concurrente/antagoniste) d'instances nécessaires ensemble à l'existence, au fonctionnement et au développement d'un phénomène organisé.*”

### ***III- PROBLÉMATIQUE PRATIQUE : TEXTES, EXEMPLES DE PRATIQUE ET FORMATION***

Nous nous attacherons maintenant à cerner comment les soignants, et notamment les rééducateurs, sont invités par les textes officiels et dans leur formation professionnelle, initiale et continue, à s'ouvrir à la réflexion éthique.

#### **III.1- L'exercice médical**

En tout premier lieu, les principes énoncés dans le serment d'Hippocrate guident la conduite, non seulement des médecins, mais aussi de tous les professionnels dont l'exercice est prescrit par le corps médical. Ce que nous en avons déjà dit (cf. p. 7) peut tout à fait être remplacé ici à savoir : ne pas nuire, n'agir qu'en cas de besoin, respecter de l'autre. Ces principes ont vocation universelle puisqu'ils ont fait l'objet d'un consensus dans le Code international d'éthique médicale, lors de l'Assemblée générale de l'Association médicale mondiale, en octobre 1983<sup>133</sup>. Sur le plan européen, la Conférence internationale des ordres et des organismes d'attribution similaires, de janvier 1987, formule *“les principes les plus importants destinés à inspirer la conduite professionnelle des médecins quel que soit leur mode d'exercice, dans leurs rapports avec les malades, la collectivité et entre eux”*<sup>134</sup>.

En France, le décret du 6 septembre 1995 réactualise le Code de déontologie médicale, en tenant compte notamment des lois de 1994 sur la recherche biomédicale. En effet, sont précisés, entre autres, les devoirs des médecins concernant les recherches biomédicales sur les personnes, les collectes de sang et les prélèvements d'organes, de tissus, de cellules ou d'autres produits du corps humain sur la personne vivante ou décédée, les actes d'assistance médicale à la procréation, l'information au malade, le consentement de la personne examinée ou soignée, la transmission des informations et documents utiles à la continuité des soins, le respect du libre choix du médecin par le malade. Nous remarquons que le débat, très ancien déjà, sur la vérité due au malade, avance avec beaucoup de précautions : *“Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf*

---

<sup>133</sup> Odile PAYCHENG, Stéphane SZERMAN, op. cit., p. 106.

<sup>134</sup> *Ibid.*, “Principes d'éthique médicale européenne”, pp. 107-112.

*exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite”<sup>135</sup>.*

À la lecture de cet article, nous comprenons comment l'épidémie du sida et les scandales du sang contaminé ont pu modifier les conduites et la loi. Mais nous voyons aussi dans les expressions “en conscience” et “avec circonspection” qu’il s’agit d’un appel à l’éthique du médecin et en même temps d’un pouvoir extrême du praticien quant à déterminer “l’intérêt du malade”. La pratique du discernement est là à rude épreuve. Aucune loi, aucun texte ne peut dire quel est l’intérêt du malade en toute circonstance et si celui-ci précisément est en capacité d’entendre une vérité douloureuse. En même temps, nous savons par expérience, médecins et soignants, mais aussi familles et individus, que connaître la vérité quant à un pronostic fatal peut aider le malade et son entourage à préparer sa fin de vie le mieux possible, ou au contraire, la révélation d’une mort proche ou d’un diagnostic grave peut avoir des conséquences dramatiques pour un patient ne pouvant supporter cette intolérable information. Et en même temps, en tant que rééducateur, dans nos actions de réadaptation à domicile, ne sommes-nous pas confrontés au douloureux exercice de taire le pronostic alors que s’il était révélé par le médecin, nous pourrions accompagner le patient et ses proches à un aménagement du domicile et de ses activités pour une plus grande indépendance et autonomie de la personne dans son milieu de vie ? Comment rendre acteur et auteur de sa rééducation et de sa réadaptation une personne ignorante d’une information aussi déterminante pour la conduite de sa vie ?

Il nous est arrivé de révéler le décès d’un adolescent à son meilleur ami, porteur de la même maladie dégénérative, parce que nous ne pouvions pas *en conscience* nous présenter à lui, en lui “mentant par omission”. Notre honnêteté, mais plutôt notre dignité générée par la confiance que le jeune nous portait, nous a conduit à en parler préalablement au médecin qui ne savait que faire, et à l’informer que nous ne pourrions nous taire. Plusieurs mois plus tard, le jeune nous a remercié de cette preuve de confiance, que nous qualifierons de réciproque. Nous posions dans cet échange sa mort prochaine en annonçant la mort de son ami, il le savait comme nous le savions, mais il nous a parlé du courage et de la confiance que nous avons montrés.

Par contre, de façon générale, dans les situations de relation thérapeutique avec des enfants, des adolescents et aussi des adultes, nous convenons tout à fait qu’il ne nous appartient pas, en tant que rééducateur, de révéler le pronostic quant à l’issue de la maladie. Mais la question reste posée au quotidien : comment en tant que rééducateur proposer l’action chaque jour, donc pour le patient vivre et faire des projets, quand la finitude est renvoyée par son propre regard de thérapeute au patient, mais renvoyée à soi-même aussi par le regard du patient ? Comme l’écrit Bernard Charlot, dans le champ éducatif, champ pas si éloigné qu’il n’y paraît du

---

<sup>135</sup> Extrait de l’Article 35, Titre II, “Devoirs envers les patients”, du DÉCRET n° 95-1000 du 6 septembre 1995 *portant code de déontologie médicale*.

domaine de la santé, de par la relation professionnelle d'accompagnement -éducatif ou de soins- entretenue avec autrui, *“tout rapport à soi est aussi rapport à l'autre et tout rapport à l'autre est aussi rapport à soi”*.<sup>136</sup>

Par ailleurs, le Code de déontologie médicale, concernant l'acharnement thérapeutique, ouvre des possibilités qu'*en conscience* les médecins peuvent utiliser en contradiction avec les morales religieuses bouddhiste, catholique, islamique, ou judaïque. L'article 2 stipule que *“le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité”* mais l'article 8 exprime que *“dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles.”* Et l'article 37 précise que *“en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique.”*

Ainsi, dans un texte codifiant les devoirs des médecins, il est fait mention des prescriptions *“les plus appropriées”* et d'éviter *“toute obstination déraisonnable”*. Nous pouvons nous en étonner. Mais nous pouvons aussi nous réjouir que ne soient pas codifiées la déraison ou l'obstination ! Par là-même, nous abordons la nécessité, au-delà de la morale générale ou de la déontologie particulière, de préserver un cadre de questionnement et de réflexion éthiques pour respecter chaque individu dans sa demande singulière, de soin ou d'aide.

### **III.2- Les droits des patients**

Les atrocités de ce milieu de siècle ont été suivies d'une période plus féconde en matière d'affirmation de droits fondamentaux : d'abord, le procès de Nuremberg eut un retentissement international, et donna lieu à un code de dix règles<sup>137</sup>, d'application mondiale, dont le consentement volontaire des patients aux soins proposés. Puis en 1948, la Déclaration universelle des droits de l'homme, et en 1950, la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales adoptée par le Conseil de l'Europe. Ces deux textes s'attacheront à définir les droits et les libertés en matière de consentement aux soins, d'accès à la vérité, de secret médical, d'interruption volontaire de grossesse, d'acharnement thérapeutique, d'euthanasie notamment. Il fallut encore détailler *“les modalités et conditions d'expérimentation*

---

<sup>136</sup> Bernard CHARLOT, *Du rapport au savoir, éléments pour la théorie*, Paris, Éd. Economica, 1997, p. 26.

<sup>137</sup> “Le Code de Nuremberg : 19 août 1947”, cité dans Odile PAYCHENG, *op. cit.*, p. 199.



en stipulant notamment que l'association de la recherche aux soins se justifie seulement par une utilité diagnostique ou thérapeutique"<sup>138</sup> dans la Déclaration de Tokyo dite "Helsinki II" en 1975.

Puis, vint la série de textes européens et français relatifs à l'hospitalisation et aux droits des malades<sup>139</sup> : la Recommandation relative aux droits des malades et des mourants (Conseil de l'Europe-1976) ; la Charte européenne du malade usager de l'hôpital (1979) ; une Circulaire relative à l'hospitalisation des enfants (1983) ; une autre relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale (1986) ; une autre encore relative au dépistage du VIH auprès des malades hospitalisés (1987) ; la Recommandation concernant une politique européenne commune de santé publique de lutte contre le Sida (1987) ; la Charte de l'enfant hospitalisé (1988) ; une Circulaire relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents (1988) ; la Convention internationale sur les droits de l'enfant (ONU- 1990) ; une Loi relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation (1990) ; la Charte du patient hospitalisé (1995) ; la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante (1996) ; sans oublier la Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière dont le premier Titre traite "Des droits du malade accueilli dans un établissement de santé", et l'Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée dont le premier Titre précise "Les droits des malades", en instituant "*une commission de conciliation chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement*"<sup>140</sup>.

Cette énumération, pour indigeste qu'elle puisse apparaître, nous montre la préoccupation des divers organismes européens ou français afin d'améliorer la prise en charge sanitaire et les relations avec les patients. Même s'il peut nous agacer qu'il faille écrire noir sur blanc ce qui devrait être évident : veiller au meilleur accueil possible des personnes hospitalisées.

Cependant la Charte du patient hospitalisé nous semble encore méconnue des malades et des personnels. Des établissements de santé la mettent à disposition des usagers de l'hôpital (hospitalisés et consultants externes), mais pas tous loin s'en faut. Les services en relation avec des patients devraient avoir élaboré sous forme de charte les règles de fonctionnement propres à faire assurer les droits et obligations des patients hospitalisés. La Charte énonce a minima, dans sa forme la plus réduite, dix principes généraux<sup>141</sup> :

- l'accessibilité de l'hôpital à tous et son adaptation aux personnes handicapées,

---

<sup>138</sup> Pierre CÜER, *op. cit.*, p. 26.

<sup>139</sup> Cf. en Annexe 3 les références de ces divers textes.

<sup>140</sup> ORDONNANCE n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, J.O. du 25 avril 1996, pp. 6324-6325.

<sup>141</sup> Cf. Annexe 2.

- la garantie de la qualité des traitements, des soins et de l'accueil, l'attention portée au soulagement de la douleur,
- l'information donnée au patient accessible et loyale, sa participation aux choix thérapeutiques le concernant,
- son consentement libre et éclairé,
- le consentement spécifique en cas de recherche biomédicale, de don et d'utilisation des produits du corps humain et pour le dépistage,
- la liberté du patient de quitter l'hôpital,
- la préservation de ses croyances, de son intimité et de sa tranquillité,
- le respect de sa vie privée et la confidentialité des informations le concernant,
- l'accès aux informations médicales par l'intermédiaire d'un médecin,
- l'expression des observations sur son séjour et le droit de demander réparation en cas de préjudice.

Ces principes concernent particulièrement les paramédicaux puisqu'ils sont explicitement cités aux côtés des médecins pour "*participer à cette information [médicale] dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs règles propres professionnelles*"<sup>142</sup>. Dès lors que l'ordonnance précitée prévoit que chaque établissement de santé doit évaluer régulièrement la satisfaction des patients notamment sur les conditions d'accueil et de séjour et que "*les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans l'accréditation*", il y a lieu que cette Charte ne reste pas lettre morte mais qu'elle provoque des projets d'action dans lesquels les rééducateurs prennent également toute leur place.

### **III.3- L'exercice de la rééducation**

Parmi les personnels paramédicaux, les infirmières disposent d'un Décret relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières<sup>143</sup>. Quant aux rééducateurs, ils doivent respecter le Code de la santé publique, le Code de la sécurité sociale et les décrets d'actes respectifs à leur métier ainsi que le Décret de 1992 relatif à l'exercice libéral<sup>144</sup>, mais ils n'ont pas de textes législatifs relatifs à une déontologie. En revanche les organisations professionnelles émettent des recommandations envers les rééducateurs. Nous prendrons pour exemple les métiers de masseur-kinésithérapeute et d'ergothérapeute.

---

<sup>142</sup> LOI n° 91-748 du 31 juillet 1991 *portant réforme hospitalière*, J.O. du 2 août 1991, p. 10255.

<sup>143</sup> DÉCRET n° 93-221 du 16 février 1993 *relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières*, J.O. du 18 février 1993.

<sup>144</sup> DÉCRET n° 92-741 du 29 juillet 1992 relatif à l'exercice en commun des professions paramédicales sous forme de société d'exercice libéral.

Les masseurs-kinésithérapeutes disposent d'un Code de déontologie adopté par le Congrès extraordinaire des masseurs-kinésithérapeutes le 25 avril 1970<sup>145</sup> dans lequel sont repris les grands principes issus du serment d'Hippocrate, et très proche de fait du Décret relatif aux règles infirmières, c'est-à-dire principalement :

- respecter la vie et la personne humaine, la dignité et l'intimité du patient,
- n'accomplir que les actes qui relèvent de sa compétence,
- agir sans discrimination et dans l'intérêt du patient,
- veiller au secret professionnel et à la confidentialité,
- porter assistance aux malades et blessés en péril,
- agir pour la protection, voire alerter les autorités, en cas de sévices ou privations à l'égard d'un mineur de quinze ans,
- respecter le droit du patient de s'adresser au professionnel de son choix,
- ne pas aliéner son indépendance professionnelle,
- garantir la qualité des soins par le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances,
- assurer une bonne confraternité et une non concurrence envers les confrères,
- être responsable de ses actes,
- établir correctement les documents nécessaires aux patients,
- respecter et appliquer la prescription médicale,
- assurer la continuité des soins y compris en transmettant les informations nécessaires à la continuité,
- ne demander que des honoraires conventionnés ou d'un tarif fixé avec tact et mesure.

Notre attention a été attirée plus spécialement par l'article stipulant qu'*il appartient au masseur-kinésithérapeute de choisir et de mettre en oeuvre les techniques qui entrent dans le cadre de sa compétence et de l'ordonnance qualitative et quantitative* : ce qui correspond à l'exercice professionnel des rééducateurs mais pas à celui des infirmiers. En outre, les masseurs-kinésithérapeutes ont adopté sur le plan international des Règles éthiques en 1982<sup>146</sup>. Nous tenons à préciser que les langues anglo-saxonnes utilisent le terme *éthique* pour exprimer ce que nous appelons *règles professionnelles* ou *déontologie*, c'est pourquoi nous retrouvons le mot *éthique* dans les textes internationaux.

En ce qui concerne les ergothérapeutes, la Fédération mondiale des ergothérapeutes (*World Federation of Occupational Therapists*, WFOT), en se donnant

---

<sup>145</sup> "Code de déontologie des kinésithérapeutes", *Kinésithérapie*, n° 71 (204), juin 1970, pp. 79-84. Le Congrès du 25 avril 1970 était organisé par la FFMKR, Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs.

<sup>146</sup> *Règles éthiques* de la Confédération mondiale pour la thérapie physique (*World Corporation Physical Therapy*), 1982, cité en annexe par Martine HEDREUL-VITTET, *Éthique et masso-kinésithérapie, une lecture au quotidien*, Mémoire pour l'obtention du diplôme de cadre de santé de santé, AP-HP école des cadres hospitaliers, 1997.

notamment pour rôle de maintenir une éthique de la profession<sup>147</sup>, a élaboré un code d'éthique repris et enrichi par le Comité européen des ergothérapeutes (*Committee of Occupational Therapists for the European Communities*, COTEC) : Code d'éthique et standards de pratique<sup>148</sup>. Les règles précédemment évoquées s'y retrouvent, avec un accent particulier mis sur la nécessité de promouvoir la profession auprès du public, des autres organisations professionnelles et des instances gouvernementales. La déléguée française auprès du COTEC écrit que ce code "*décrit les devoirs des professionnels. (...) Son but est de conseiller, d'accompagner les ergothérapeutes dans leurs relations interpersonnelles et interprofessionnelles (...). Il doit nous encourager à donner le meilleur de nous-mêmes, à savoir reconnaître nos limites, donc à savoir déléguer, à respecter les différences d'autrui*"<sup>149</sup>. Nous partageons son appréciation quand elle dit que "*nous connaissons ces règles morales parce que nous avons grandi avec elles. Il n'est pas vain cependant d'y réfléchir globalement à certains moments de notre vie, même si nous y pensons tous les jours un peu*"<sup>150</sup>. La réflexion menée par les instances mondiale, européenne et française associe étroitement la diffusion du Code d'éthique et l'action pour l'amélioration de la qualité des prestations dispensées aux bénéficiaires de la rééducation. Hanneke Van Bruggen, présidente du COTEC, rappelle que "*développer l'assurance qualité en pratique veut dire :*

- a) assister et encourager les associations membres pour mettre en place le code éthique et pratique,
- b) développer un instrument de bilan des patients victimes d'AVC [accident vasculaire cérébral],
- c) encourager l'introduction des méthodes d'assurance qualité dans les pays divers"<sup>151</sup>.

L'Association suédoise des ergothérapeutes a relevé six cas de conflits éthiques dans l'exercice quotidien de l'ergothérapie<sup>152</sup>. Après en avoir traduit trois, nous les avons utilisés dans le cadre d'une intervention à l'ISCAM, institut de formation en ergothérapie à Bruxelles. Ils évoquent :

- le choix à opérer pour l'attribution d'une seule aide-technique à l'un des deux patients qui en auraient besoin ;
- la décision à prendre quant à la poursuite d'une rééducation en groupe pour une personne atteinte de démence présénile et qui dérange très fortement le groupe, et ceci dans le cadre d'une dissension au sein de l'équipe soignante ;

---

<sup>147</sup> Anne MELLINI-FABRE, "Les instances internationales de l'ergothérapie : COTEC et WFOT", *Journal d'Ergothérapie*, vol. 14, n° 4, 1992, pp. 141-149.

<sup>148</sup> Disponible en langue française, à l'Association nationale française des ergothérapeutes, 38 rue Eugène Oudiné 75013 Paris. Révision de septembre 1996.

<sup>149</sup> V. PELABON, "Code d'éthique européen d'ergothérapie établi par le COTEC", *Expériences en ergothérapie*, n°7, 1993, pp. 8-9.

<sup>150</sup> *Ibid.*, p. 10.

<sup>151</sup> Hanneke VAN BRUGGEN, "Éthique et ergothérapie", *Journal d'Ergothérapie*, vol. 18, n° 1, 1996, p. 35.

<sup>152</sup> Föbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA), *Statutes of Swedish Association of Occupational Therapists and Code of Ethics for Occupational Therapists*, 1993.

- un conflit entre les droits du patient et ceux de sa famille pour un retour à domicile le week-end. Les cas ont été présentés aux étudiants de deuxième année d'études en ergothérapie. Il a été très difficile pour eux d'opérer des choix dans les situations conflictuelles évoquées. Les étudiants se réfugiaient derrière l'insuffisance de données fournies pour ne pas répondre, sans prendre conscience que dans ces cas-là, sans choix étayé, choix en l'occurrence le moins mauvais parmi les possibles, il y a paralysie de notre action de thérapeute ou report sur un tiers qui serait plus autorisé parce que plus "médicalisé" ou "hiérarchisé".

Lors d'un atelier consacré à l'éthique, nous avons sollicité les étudiants de troisième année pour qu'ils fournissent au groupe des cas concrets rencontrés au cours des stages. L'atelier fut vite animé et nous avons travaillé sur deux des thèmes proposés. L'un des cas, le tutoiement ou le vouvoiement, renvoie à une considération ou non de la personne en rééducation selon les habitudes de l'institution hospitalière ; l'autre cas, la problématique du repas dans une maison de repos pour personnes âgées dans laquelle ne sont respectées ni la lenteur d'exécution des personnes, ni leur dignité, renvoie à une déconsidération complète puisque la personne n'est envisagée que comme objet à qui on ne s'adresse pas, qu'on déplace sans rien lui dire, qu'on ne regarde pas, qui finalement dérange. Deux cas qui permirent aux étudiants de repérer l'écart entre ce qu'ils auraient envie de réaliser en situation professionnelle et ce qu'ils peuvent concrètement y voir aujourd'hui dans certains établissements, et de réfléchir à des stratégies d'action par la confrontation et le débat. Les valeurs de respect de la personne, de respect de sa dignité, de promotion de l'autonomie de la personne en situation de handicap, d'écoute furent évoquées avec force.

Au Canada, le Ministère de la santé nationale et du bien-être social et l'Association canadienne des ergothérapeutes ont produit un texte "*Lignes directrices régissant l'intervention en ergothérapie axée sur le client*"<sup>153</sup>. Le thème de l'éthique y est traité sur cinq pages. Il y est abordé en la rapportant au modèle holistique, puis dans le cadre du contrôle de la qualité et du contrôle des coûts, dans le cadre des conflits de deux ensembles de valeurs, et ensuite est mentionnée la nécessité de "*posséder des compétences (techniques et morales), des qualités personnelles ainsi que des attitudes et un ensemble de lignes directrices en matière de comportement*"<sup>154</sup>. Un certain nombre de repères sont donnés : "*une capacité, exprimée par un désir sincère d'aider ; une approche démocratique et universaliste manifestée par un sentiment de respect pour la dignité humaine, le caractère unique de l'individu et les droits fondamentaux de l'être humain ; une capacité d'exprimer de la compassion, de la sollicitude et de l'empathie ;*

---

<sup>153</sup> Groupe de travail mis sur pied par la Direction des services de santé, la Direction générale des services et de la promotion de la santé et l'Association canadienne des ergothérapeutes, *Lignes directrices régissant l'intervention en ergothérapie axée sur le client*, Ottawa, juin 1986, réimpression juillet 1988, 73 p.

<sup>154</sup> *Ibid.*, p. 23.

*de l'authenticité ; de l'objectivité fondée sur un jugement solide, et de l'humilité dans la prise de décisions*"<sup>155</sup>.

Nous remarquons donc que la réflexion sur l'éthique se développe dans nos métiers. En témoignent l'augmentation du nombre d'articles dans les journaux professionnels ces dernières années ou les recommandations des divers organismes chargés de la promotion de la santé. Pour exemple, dans le document *Hélios II, guide européen de bonnes pratiques pour l'égalité des chances des personnes handicapées*, l'éthique apparaît dans le chapitre intitulé *L'emploi et la préparation à l'emploi* : pour l'égalité de participation, pour la reconnaissance des personnes handicapées à leur juste valeur, pour le droit à la formation et à la préparation à l'emploi, pour le droit à l'emploi, pour l'amélioration des pratiques et des méthodes en vigueur, pour le droit d'être mieux informé<sup>156</sup>.

Autre exemple, en bilan de l'action menée pour défendre l'Institut de formation en ergothérapie de Créteil, Pierrette Meunier-Schoen, directrice technique, évoque des "*valeurs que nous retrouvons dans notre éthique professionnelle*"<sup>157</sup>, et qui ont été en jeu dans ce qui est relaté :

- "*des forces insoupçonnables «d'instinct de conservation», capables de renverser n'importe quel pouvoir politique ou personnel*" mais aussi "*à mobiliser pour chaque patient afin d'installer du désir*" ;
- une instabilité transformée en "*source de changements et de pensées*", et en accompagnement des "*patients dans une mise en mouvement ou une mise en «tension»*" ;
- des étudiants rendus "*acteurs de leur formation (tout comme nous encourageons les patients à être acteurs de leurs soins)*", ce qui permet d'accéder "*à une vraie «trans-mission», c'est-à-dire un trajet mis en commun pour permettre d'avancer*".

### **III.4- Des exemples issus de pratiques professionnelles**

Dans les Annales de Kinésithérapie, Vaillancourt et Viel, respectivement professeur agrégé de physiothérapie à Miami et directeur de l'Institut de cadres de santé de Bois-Larris, s'essaient à définir une méthodologie éthique en réadaptation. "*Le comportement éthique, responsabilité personnelle du thérapeute, est le résultat d'une décision collective et*

---

<sup>155</sup> *Ibid.*

<sup>156</sup> COMMISSION EUROPÉENNE DG V/E.3 - Intégration des personnes handicapées J 27 0/121, *Hélios II, guide européen de bonnes pratiques pour l'égalité des chances des personnes handicapées*, 1996.

<sup>157</sup> Pierrette MEUNIER-SCHOEN, "L'enseignement d'une épreuve", *Journal d'Ergothérapie*, vol. 19, n° 3, 1997, p. 125

d'une action de l'Ordre professionnel"<sup>158</sup>. D'après Purtilo et Cassel, les dilemmes les plus fréquemment rencontrés concernent "la confidentialité (secret médical), la divulgation de la vérité (devoir de réserve), l'expérimentation sur des sujets humains (éthique de l'expérimentation et de l'évaluation), et les conflits avec les patients qui refusent le traitement prescrit"<sup>159</sup>. Un autre auteur rapporté, Sims, évoque d'autres causes dans le champ de la masso-kinésithérapie: "la mise en priorité des patients pour l'accès aux traitements, les divergences entre la prescription et les croyances personnelles du thérapeute, le refus de prise en compte des attentes d'un patient qui exprime une opinion contradictoire, la poursuite du programme thérapeutique pour des raisons psychologiques ou sociales, en dehors des objectifs de traitement habituels"<sup>160</sup>.

Pour dépasser la théorie utilitariste (la valeur d'un moyen est établie à partir de ses fins et de ses effets), qui donne notamment les *QUALYS*<sup>161</sup>, et en s'appuyant sur la théorie d'Emmanuel Kant centrée sur la personne, la théorie des droits fondamentaux offerte par John Locke (1632-1704) et sur la théorie de la justice du kantien américain John Rawls (d'Harvard), les auteurs de l'article proposent une démarche de discernement moral, dite *conscience discernante*, articulée sur les trois principes suivants :

- l'adéquation des moyens mis en oeuvre,
- la primauté des effets positifs,
- la minimisation des effets négatifs.

"Il s'agit d'une réflexion sur la valeur et les finalités de l'agir du professionnel, ainsi que sur la qualité des moyens qui s'offrent à lui"<sup>162</sup>. Il nous semble, quant à nous, que c'est la démarche de réflexion adoptée par les professionnels et les équipes pour peu que ceux-ci prennent le temps de s'arrêter pour comprendre ce qui est en jeu avant de prendre une décision. L'article a l'intérêt d'explicitier les bases théoriques sur lesquelles s'appuyer.

Aux Hospices civils de Lyon, une consultation dite de *Droit et éthique de la santé* est proposée aux professionnels, aux soignés et à leur famille. La grande majorité des demandes

---

<sup>158</sup> M. VAILLANCOURT, E. VIEL, *Méthodologie en réadaptation*, Annales de Kinésithérapie, tome 23, n° 4, 1996, p. 192. Notons qu'à l'heure où ces auteurs écrivaient, le décret de création de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes n'était pas encore promulgué.

<sup>159</sup> R.B. PURTILO, C. CASSEL, *Ethical dimensions in health professions*, New York, W.B. Saunders, 1981,

25-9, rapporté par VAILLANCOURT et VIEL, *ibid.*, p.193.

<sup>160</sup> J. SIMS, "Ethical considerations in physiotherapy", *Physiother*, 1983, 69, 119-20, rapporté par VAILLANCOURT et VIEL, *ibid.*, p. 193.

<sup>161</sup> *QUALYS* = *quality adjusted live years* = durée d'années de vie pondérées par leur qualité. Dans ce concept d'utilité conséquentialiste, issu de l'école utilitariste de Jeremy Bentham (1748-1832), de John Stuart Mill (1806-1973), "toutes choses égales par ailleurs, on doit tenir pour moralement préférable de produire un avantage global plus grand" selon Lockwood, cité par Suzanne RAMEIX, *op. cit.*, p. 63.

<sup>162</sup> M. VAILLANCOURT, E. VIEL, *op. cit.*, p. 199.

d'aide à la résolution de situations concerne les fins de vie à l'hôpital. *“La demande émane le plus souvent des soignants et des personnels de laboratoire et exprime des divergences ou des désaccords au sein des équipes de soins”*<sup>163</sup>. Pour les responsables de cette consultation, l'émergence éthique se joue dans la *souffrance* et l'*émotion*, termes peu scientifiques, mais qui traduisent qu'*«au-delà du savoir, la relation inter-humaine exige la mise en jeu de valeurs»*<sup>164</sup>. Cela suppose un apprentissage pour aller à la rencontre de l'autre et un travail sur soi-même : aussi les réponses doivent tenir compte des bénéfiques, risques et coûts des actes à poser, des normes juridiques et déontologiques, des chartes ou recommandations des instances de référence, mais aussi de la famille culturelle ou spirituelle des acteurs, des réalités relationnelles et institutionnelles. Ce travail mené est délibérément centré sur l'éthique de responsabilité : *“il y a au moins autant de consistance «éthique» dans la finalité des objectifs recherchés que dans les procédures mises en oeuvre”*<sup>165</sup>, et il fait apparaître qu'*«autour de chaque handicapé, il doit être question de projet»*<sup>166</sup>.

En 1993, Marie-Hélène Boucand, praticien hospitalier en rééducation (Hôpital Renée-Sabran, Giens, Hospices civils de Lyon) a coordonné l'organisation d'un colloque : Éthique en rééducation, ce qui a donné lieu à l'ouvrage édité par l'E.N.S.P. de Rennes. Ce colloque a rassemblé des médecins en rééducation fonctionnelle, en neurologie, des psychiatres, avec l'éclairage proposé par des *“moralistes, juristes, économistes, sociologues, théologiens ou politiques”*<sup>167</sup>. Il portait sur :

- la liberté et la participation des patients à leur propre rééducation,
- la qualité de vie et le grand handicap, les états végétatifs chroniques,
- les aspects juridiques et éthiques de la prise en charge des personnes gravement handicapées,
- une cohérence en politique globale de la santé vis-à-vis du grand handicap ? Le coût du handicap jusqu'où ?

À l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, un Espace éthique est très actif. Il fut créé en 1995 pour être un lieu de réflexion consacré à la dimension éthique des pratiques professionnelles, à partir d'une préoccupation médicale, financière et éthique. *“À chacun de s'impliquer dans une démarche personnelle, intime et donc autonome afin de mieux discerner la portée des décisions qu'il est amené à assumer lui-même, au sein d'équipes et dans un contexte spécifique”*<sup>168</sup>. Sont proposés un centre de documentation ; des publications ; des conférences ; deux diplômes d'université, l'un de *Philosophie et sciences humaines* avec l'Université Paris

<sup>163</sup> Nicole LÉRY, “Droit et éthique de la santé : l'expérience d'une consultation”, *Journal d'Ergothérapie*, vol. 15, n° 4, p. 139.

<sup>164</sup> *Ibid.*, p. 140.

<sup>165</sup> Séminaire d'éthique clinique, Genève, 4-6 mars 1993, cité par Nicole et Louis LÉRY, “Dépendance, intimités et libertés”, dans Marie-Hélène BOUCAND, *op. cit.*, p. 54.

<sup>166</sup> Nicole et Louis LÉRY, *op. cit.*, p. 56.

<sup>167</sup> Marie-Hélène BOUCAND, *op. cit.*, p. 14.

<sup>168</sup> Emmanuel HIRSCH, “Éditorial”, *Programme Espace éthique*, Année universitaire 1997-1998, AP-HP.



VII-Denis Diderot, l'autre de *Philosophie option éthique* avec l'Université de Marne-la-Vallée ; des séminaires ; des rencontres ; des colloques ; un réseau des formateurs en éthique médicale, et une cellule de réflexion de l'Espace éthique se consacrant à l'étude d'un grand nombre de thématiques et développant les groupes Miramion au nombre d'une quarantaine à ce jour. Des rééducateurs participent à ces travaux interprofessionnels et interdisciplinaires autour desquels se réunissent des soignants, des médecins de toutes disciplines, des philosophes, des économistes, des sociologues, des juristes.

Derniers exemples parmi d'autres : la parution de deux mémoires abordant le thème de l'éthique en rééducation témoigne de l'intérêt porté pour approfondir cette question, à partir de la pratique professionnelle. Le mémoire rédigé par Martine Hédreul-Vittet, cadre de santé-masso-kinésithérapeute à l'AP-HP, porte sur *Éthique et masso-kinésithérapie, une lecture au quotidien* et aborde la problématique de l'éthique dans ce métier dans le cadre d'un projet de service<sup>169</sup>. Le travail réalisé par Marie-Chantal Morel-Bracq, directrice technique de l'Institut de formation en ergothérapie de Bordeaux, est relatif à l'*Ergothérapie et soins palliatifs*<sup>170</sup>, et une partie de son questionnaire est centré sur l'éthique.

La méthode de résolution de problème y est présentée :

- recueil des données (médicales, socio-familiales, juridiques, déontologiques, identification des partenaires, leur rôle, les limites et responsabilités de chacun, ...)
- analyse des données pour cerner les conflits et clarifier les valeurs personnelles des différents partenaires ;
- action c'est-à-dire la prise de décision et son application.

Ainsi est recherchée une méthode simple qui, tout en respectant les valeurs de chacun en présence, s'axe vers une responsabilité quant aux moyens mis en oeuvre, quant à la finalité poursuivie, quant aux conséquences des actes posés pour l'avenir.

### **III.5- La formation à l'éthique**

La réforme des études des rééducateurs aux alentours de 1990 a introduit dans les programmes de certaines formations initiales, au niveau des modules de *Législation-Déontologie*, la dimension éthique.

---

<sup>169</sup> Martine HEDREUL-VITTET, *op. cit.*

<sup>170</sup> Marie-Chantal MOREL-BRACQ, *Ergothérapie et soins palliatifs*, Diplôme universitaire de Bordeaux 1996, Soins palliatifs et accompagnement.

Ainsi en masso-kinésithérapie, est mentionnée l'éthique professionnelle dans la partie *Déontologie*<sup>171</sup>, qui, elle-même, fait partie d'un module intitulé *Législation-Déontologie-Gestion (législation professionnelle, sociale, déontologie, gestion professionnelle et informatique)* soit trente heures de cours au total pour le module.

Dans le programme de formation en pédicurie-podologie<sup>172</sup>, il est réservé quarante heures pour le *Droit* qui se divisent en quatre parties : *législation professionnelle, éléments de droit du travail, législation sociale, éthique professionnelle* (qui se subdivise elle-même en deux parties : *secret professionnel, droits des malades*).

Pour la formation initiale des orthophonistes<sup>173</sup>, l'éthique apparaît dans : *L'orthophonie dans le système de santé* (vingt heures d'enseignement), aux côtés de *épidémiologie et évaluation, économie de la santé, déontologie, législation*.

Quant à la formation initiale des ergothérapeutes<sup>174</sup>, quarante heures sont consacrées à la *Législation et la déontologie*, réparties en trois rubriques : *législation sociale* (travail et sécurité sociale), *législation spécifique* (handicapés, personnes âgées), *législation professionnelle et déontologie*, mais il n'est pas fait mention d'éthique.

Quant aux médecins, depuis 1995, un enseignement relatif à l'éthique est prévu en première année des études de médecine : "*Cet enseignement a pour but de développer chez les étudiants une approche pluridisciplinaire des problèmes de la société et de susciter leur réflexion sur la place de leur future pratique dans un contexte élargi*"<sup>175</sup>.

En ce qui concerne la formation infirmière, deux modules abordent la question de l'éthique. Le module *Législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisation du travail* prévoit une partie *Éthique et déontologie : normes, déviances ; valeurs, croyances ; différentes cultures ; différentes religions ; respect de la vie et de la mort ; secret professionnel ; confidentialité ; droits de l'enfant ; droits de l'homme ; droits des malades ; éthique dans la*

---

<sup>171</sup> DÉCRET n° 89-633 du 5 septembre 1989 *relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute*, J.O. du 8 septembre 1989.

<sup>172</sup> DÉCRET n° 91-1008 du 2 octobre 1991 *relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'État de pédicure-podologue*, J.O. du 4 octobre 1991, pp. 12947-12953.

<sup>173</sup> ARRÊTÉ du 25 avril 1997 *modifiant l'arrêté du 16 mai 1986 relatif aux études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste*.

<sup>174</sup> ARRÊTÉ du 24 septembre 1990 *relatif aux études préparatoires au diplôme d'État d'ergothérapeute*, J.O. du 26 septembre 1990.

<sup>175</sup> ARRÊTÉ du 2 mai 1995, du Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, relatif au module de Sciences humaines et sociales de la première année de premier cycle des études médicales, article 1<sup>er</sup>, J.O. du 11 mai 1995, p. 7884. Se reporter pour un exemple complet et approfondi de cette formation à l'ouvrage de Suzanne RAMEIX, *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, op. cit.

*recherche médicale et biologique*. Le module *Santé publique* traite de *santé, économie et éthique*. Dans certains Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), une formation à l'éthique est dispensée avec l'aide du *Réseau européen "Médecine et droits de l'homme"*<sup>176</sup>, et ses ouvrages : d'abord à Neufchâteau-Vittel (Vosges), puis à Bar-le-Duc, Chaumont, Nancy, Remiremont, Saint-Dié, Angers, Grenoble, Rouen...

À l'IFSI (institut de formation en soins infirmiers) de Neufchâteau par exemple, Marie-Thérèse Mangin, coordonnatrice de l'enseignement à l'éthique, nous a transmis comment, à partir de certaines fiches de l'ouvrage *La santé face aux droits de l'homme, à l'éthique et aux morales, 120 cas pratiques* du *Réseau européen*, se décline la formation à l'éthique à la fois dans les modules précités, et dans les modules des diverses spécialités médicales (pharmacologie, cardiologie, gériatrie, maladies infectieuses et sida, pédiatrie, psychiatrie, uro-néphrologie, ...), l'objectif étant de développer la "*capacité à se situer dans une réflexion éthique et à participer à une prise de décisions avec des professionnels*"<sup>177</sup>.

À travers ces exemples, nous remarquons que dans les programmes officiels des formations en rééducation, peu de place est laissée à l'éthique : portion congrue ou absence. Les programmes ne précisent pas le nombre d'heures consacrées à l'éthique. Bien sûr, chaque institut de formation, en fonction de son projet pédagogique, peut aménager le contenu du programme et offrir ou pas un temps de formation à ce thème. Mais en fait, peu (1 à 2 heures) ou pas d'heure y est consacré. Ceci nous semble en contradiction avec la volonté affichée de promouvoir une modification dans la relation au malade fondée sur ses droits et avec la recherche d'améliorer sans cesse toute prestation. Et en contradiction aussi avec la création de comités d'éthique et leur succès, que ce soit au niveau national, avec le Comité consultatif national d'éthique ou que ce soit au niveau local, dans les établissements de santé (depuis 1974 à l'INSERM, depuis 1979 dans les hôpitaux). D'autant qu'en Europe, mais aussi dans divers pays, la tendance se confirme avec l'apparition de structures de régulation et de réflexion<sup>178</sup>.

Si les thèmes comme le secret professionnel ou les droits des patients sont abordés, rien ne permet d'affirmer que la dimension éthique, en tant que repérage de nos valeurs et de nos croyances et réflexion sur le pourquoi de nos choix et de nos actions, est évoquée et travaillée en tant que telle. Ne pas le faire, ce serait négliger la réflexion sur la relation au corps, au visage, à la parole, que tout thérapeute établit avec la personne soignée : la rééducation ne contribue-t-elle pas à réharmoniser un corps, à restaurer ou développer des fonctions psychiques, relationnelles et sociales ? Comment préparer des futurs professionnels à affronter l'autre en

---

<sup>176</sup> Pierre CÜER, *op. cit.*, p. 35.

<sup>177</sup> *Projet d'enseignement : formation à l'éthique*, de l'IFSI de Neufchâteau-Vittel, 1993-1996.

<sup>178</sup> COLLECTIF, *Bioéthique dans les années 90*, tome I, Gent, Omega éditions, 1997, pp. 478-492.

souffrance, en mal-être, en demande, sans s'interroger sur le sens de l'action sur le corps et avec la personne ? Refus de soin, douleur, mort, questions du patient mais aussi de sa famille, ordre de priorité dans la prescription médicale du fait de la surcharge de travail, secret professionnel et confidentialité : autant d'interrogations quotidiennes qui peuvent conduire à la fuite, éviter le regard, le toucher, la parole, esquiver les parents ou l'équipe, ou bien faire face avec sa vulnérabilité et son impuissance souvent, mais comment et pour quoi faire ? Nous formulons que c'est pour reconnaître l'autre dans sa demande d'aide et de soulagement, dans son désir de vivre, dans son projet de soin, dans son projet de vie.

Pour conclure cette partie, si nous pouvons et devons nous appuyer sur des textes officiels comme références à ce qui doit être fait dans une communauté d'individus, et pour inciter à réfléchir chacun d'entre eux, nous ne comptons pas uniquement sur les lois pour la formation de la conscience, de la responsabilité, du discernement des membres de toute communauté humaine. Nous n'avons aucune illusion sur la valeur ou l'application de certaines lois. Certaines nient l'individu, d'autres sont honteusement détournées ou oubliées : promulguer le respect de l'intimité des personnes hospitalisées et voir des soins dévoilant le corps de la personne soignée sans aucune précaution ; affirmer l'accès aux soins pour toute personne et ne pas rembourser des aides techniques onéreuses mais indispensables pour la communication, le déplacement ou la dignité ; réserver des emplacements de stationnement pour les véhicules des personnes handicapées sans se donner les moyens de les faire respecter ; vouloir améliorer la qualité des soins et ne pas en avoir les moyens.

Pour autant, la demande est forte là où se créent des comités d'éthique : l'éclosion spontanée de comités révèle une profonde aspiration à compléter les règles de droit par une analyse des pratiques et une réflexion davantage philosophique<sup>179</sup>. Les formations continues à l'université<sup>180</sup> sont d'autres propositions possibles et connaissent un succès grandissant auprès des personnels les plus qualifiés. Les groupes Miramion à l'AP-HP ou les comités d'éthique dans les établissements de soins rassemblent aussi beaucoup de professionnels et produisent des textes de référence<sup>181</sup> pour qui s'intéresse à s'ouvrir et à rechercher le sens de son travail.

---

<sup>179</sup> Bernard BONICI, *La politique de santé en France*, Paris, P.U.F., coll. Que sais-je ?, 1997, p. 114.

<sup>180</sup> Outre les universités déjà citées, des Diplômes d'université sont proposés par des universités catholiques (Lille, Lyon, ...) ou par des universités publiques comme l'Université de Bobigny avec le D.U. Éthique et déontologie dans les pratiques de rééducation fonctionnelle dans l'UFR Léonard de Vinci, ou la faculté René Descartes avec le D.E.A. d'Éthique (en collaboration avec l'hôpital Necker) ou le Centre d'ethno-psychologie médicale de l'Université Paris V en collaboration avec l'hôpital Saint-Antoine et le Conseil de l'Europe.

<sup>181</sup> Emmanuel HIRSCH (dir.), *Espace éthique, éléments pour un débat - Travaux 1995-1996*, Vélizy, DOIN/AP-HP, 1997, 542 p.

Les seules prescriptions, aussi fondamentales soient elles, ne suffisent pas. C'est pourquoi nous formulions au début de notre étude l'idée que la confrontation, l'échange, mais aussi la formation initiale et continue à l'éthique pour les médecins et les soignants pouvaient servir de rempart aux dérapages possibles et de fondations pour élaborer une conduite éthique, pour peu que ces processus individuels et collectifs soient considérés comme toujours inachevés et donc incessamment à reprendre.

## ***IV- HYPOTHÈSE***

Notre interrogation dès le début portait sur la présence de l'éthique chez les rééducateurs dans leur rencontre avec autrui. Y a-t-il réflexion éthique ? Mais qu'en est-il de l'éthique? Comment se forme-t-elle ? Sur quelles valeurs ? Dans quelles situations émerge le conflit éthique ?

Robert Mishari affirme qu'«*il n'y a pas d'éthique spécifique à chaque métier*»<sup>182</sup> et qu'il s'agirait de trouver les fondements réflexifs pour l'action quel que soit le métier, ici de la santé. Elle n'est pas l'apanage d'un métier, celui du médecin dans le colloque singulier qu'il instaure avec le patient, mais celle d'une communauté professionnelle en action dans un secteur donné : la relation d'aide et d'accompagnement de personnes en souffrance ou en situation d'handicap. Jean-Pierre Changeux, président du Comité consultatif national d'éthique interpelle aussi dans son ouvrage avec le titre "*Une même éthique pour tous ?*"<sup>183</sup>

Nous poursuivons notre travail en cherchant à cerner ce que représente l'éthique pour des rééducateurs de métiers différents. Il nous faut vérifier que les rééducateurs sont confrontés à des dilemmes éthiques pour lesquels la déontologie et la morale ne suffisent pas, et ce quel que soit leur métier.

Nous formons l'hypothèse que :

- il n'y a pas d'éthique particulière pour chaque métier de rééducation,
- l'éthique est source de conflit dans la pratique professionnelle.

Nous testerons donc cette hypothèse par une enquête et nous confronterons les résultats de celle-ci avec des éléments de celle réalisée par Marie-Chantal Morel-Bracq d'une part, et de celle effectuée par Martine Hédreul-Vittet d'autre part.

---

<sup>182</sup> Robert MISHARI, "La valeur éthique de la santé", aspect du débat "Dignité, liberté et autonomie de la personne malade au sein de l'institution hospitalière" du 2 juin 1995, dans Emmanuel HIRSCH, *op. cit.*, p. 41.

<sup>183</sup> Jean-Pierre CHANGEUX, *Une même éthique pour tous*, 1997, Odile Jacob, 223 p.

## ***V-MÉTHODOLOGIE***

### **V.1- L'objectif de l'étude**

Au regard de la problématique posée et de l'hypothèse choisie, nous avons cherché à identifier comment la réflexion éthique était présente chez les professionnels de rééducation :

- quelle définition donnent-ils de l'éthique ?
- des différences sont-elles repérables entre les divers métiers ?
- et selon l'ancienneté professionnelle ?
- les rééducateurs connaissent-ils ce qui fonde l'éthique professionnelle ?
- dans quelle situation la réflexion éthique émerge-t-elle ?
- est-il nécessaire de développer la réflexion éthique et comment ?

Il s'agit d'identifier la façon dont les rééducateurs font face aux différentes réalités. La représentation de l'éthique est pour nous un outil pouvant aider à mieux comprendre les comportements et les sources de conflits dans la pratique professionnelle. L'identité de chaque rééducateur s'enracine dans l'action et a besoin de la valorisation de soi pour pouvoir exister positivement à ses yeux comme à ceux d'autrui : en cas de conflit, chacun peut être déstabilisé et donc moins ouvert à l'autre. Comprendre ce qui se joue pour chacun permet d'améliorer la relation à l'autre et contribuer à la qualité des prestations.

### **V.2- La population enquêtée**

Nous avons ciblé une population en fonction de la problématique : une population de rééducateurs, rassemblant plusieurs métiers.

La porte d'entrée a été axée principalement sur les services de rééducation où était présent l'exercice d'ergothérapie pour obtenir des réponses d'ergothérapeutes : en effet, si elle n'avait été que par les services de kinésithérapie, il eût été probable que la profession d'ergothérapeute aurait été quasiment absente dans le nombre de réponses.

Ce biais préliminaire entraîne une sur représentation des ergothérapeutes : il s'explique en tout premier lieu par notre implication en tant qu'ergothérapeute, en second lieu par la diversité d'exercice des rééducateurs et de leur regroupement ou non en équipe interprofessionnelle et donc de la diversité d'accès à chacun d'eux à moins d'engager des moyens matériels très importants. En outre, notre réseau associatif (Association Nationale Française des Ergothérapeutes) a d'emblée accepté de nous aider en nous fournissant la liste des

services de rééducation et d'associations en aide aux personnes handicapées, et nous avons profité de ce service. Ce biais s'explique donc pour une grande part par un critère de faisabilité.

### **V.3- L'outil d'étude**

Étant donnée l'importance en nombre de la population des rééducateurs (par exemple, 44 546 kinésithérapeutes, 11 547 orthophonistes, 6 000 psychomotriciens, 4 000 ergothérapeutes, en France<sup>184</sup>), nous nous sommes limités à l'Ile-de-France et avons choisi l'enquête par questionnaire<sup>185</sup> et une attitude expérimentale<sup>186</sup>. Il a été envoyé à trois cent cinquante services de rééducation hospitaliers publics ou privés, à des associations d'aide aux personnes handicapées et à une dizaine de médecins prescripteurs de rééducation. Nous avons eu confiance en les destinataires pour transmettre à leurs collègues rééducateurs.

Aussi 135 questionnaires nous ont été renvoyés : ce nombre ne permet pas une étude significative au regard de l'ensemble des rééducateurs mais est suffisant pour approcher ce qui relève de l'interrogation éthique chez les rééducateurs.

L'utilisation du questionnaire a permis :

- d'envoyer à toute la population concernée,
- de garantir l'anonymat des réponses,
- de limiter l'induction des réponses par l'absence d'un interviewer engagé,
- d'établir une grille d'analyse commune à toutes les réponses.

Cependant "*la maîtrise totale du questionnement est un objectif inaccessible*"<sup>187</sup>.

Aussi en cherchant à objectiver des conduites et des représentations, des limites certaines sont apparues dans l'élaboration et l'utilisation du questionnaire :

- le risque de non réponse,
- la non représentation ou la sous représentation de certains métiers (pédicure-podologue, diététicien, orthoptistes, d'une part, psychomotriciens, orthophonistes, kinésithérapeutes, d'autre part) et une sur représentation des ergothérapeutes du fait de la porte d'entrée,
- la difficulté de construire un questionnaire pertinent, exhaustif, non vécu comme une "perquisition morale", de permettre une facilité et une cohérence expressive, et de tenir compte que les questionnés étaient face à une demande d'expression d'éléments de leur identité,

---

<sup>184</sup> Sources SESI et Organisations professionnelles, 1994.

<sup>185</sup> Cf. Annexe 5.

<sup>186</sup> Rodolphe GHIGLIONE, Benjamin MATALON, *Les enquêtes sociologiques*, Paris, Armand Colin, coll. U, 1985, p. 12.

<sup>187</sup> François De SINGLY, *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire*, 1992, Nathan-Université, coll. 128, p. 87.



- la production de réponses individuelles issues d'interactions professionnelles particulières (réponses en groupe),
- l'éventualité de biais et d'erreurs non réglables malgré le test préliminaire, une fois le questionnaire envoyé.

#### **V.4- La construction du questionnaire**

Par une lettre d'introduction, nous avons précisé qui nous étions et le but du questionnaire. En outre, nous avons invité à ce que le questionnaire soit transmis aux collègues rééducateurs de la structure de soins. L'envoi étant réalisé à destination de services de rééducation et non nominativement, et aucune rubrique ne demandant l'identité du répondant, le questionnaire était conçu d'emblée pour des réponses anonymes. Un délai de trois semaines a été donné pour le retour des questions, cinq semaines, de fait, ont été accordées.

Le questionnaire est composé d'une première partie de questions préformées à choix multiples relatives à la *profession exercée*, au *sexe*, à la *tranche d'âge*, au *lieu d'exercice professionnel* ; une question porte sur la *date d'obtention du diplôme*. Ces questions sont accompagnées d'une rubrique "*autre*" lorsque tous les items ne recouvrent pas la totalité des réponses.

La seconde partie du questionnaire comporte une *carte associative*, selon des indications données par Jean-Claude Abric<sup>188</sup> (*carte dite mentale* selon Jean-Dominique Chiffre et Jacques Teboul<sup>189</sup>). L'exercice consiste à sonder la représentation d'un objet, en l'occurrence le mot éthique, par l'association libre avec d'autres mots venant en chaîne logique le préciser. Ainsi, à partir du mot inducteur *Éthique*, les professionnels sont invités à inscrire quatre mots, chacun de ceux-ci est complété par deux autres mots. Ainsi se forment huit chaînes associatives de trois éléments. Par représentation, nous entendons la définition donnée par Serge Moscovici, en 1976 : "*corpus organisé de connaissances et une des activités psychiques grâce auxquelles les hommes rendent la réalité physique et sociale intelligible*"<sup>190</sup> autrement dit par Jean-Claude Abric comme "*le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique*"<sup>191</sup>.

---

<sup>188</sup> Jean-Claude ABRIC, *Pratiques sociales et représentations*, Paris, P.U.F., 1994, p. 65-71.

<sup>189</sup> Jean-Dominique CHIFFRE et Jacques TEBOUL, *La motivation et ses nouveaux outils*, Paris, E.S.F., 1994, pp. 3 et 25, en référence à H. JAOUI, *Créa. Prat.*, Paris, Épi, 1979.

<sup>190</sup> Serge MOSCOVICI, *La psychanalyse, son image, son public*, Paris, P.U.F., 1976, p. 27.

<sup>191</sup> Jean-Claude ABRIC, "L'étude expérimentale des représentations sociales", dans Denise JODELET (dir.), *Les représentations sociales*, Paris, P.U.F., coll. Sociologie d'aujourd'hui, 1997, p. 9.

Nous voyons par là même qu'aborder la représentation sociale nous permet d'approcher l'ensemble des opinions, des attitudes, des croyances, des valeurs, donc en ce qui concerne le discernement, ce qui fonde un choix. Cette méthode permet, par l'association de mots suscitée, de repérer des liaisons significatives et des axes généraux organisant le *noyau* de la représentation : c'est-à-dire que certains éléments cognitifs se rapportant à une représentation jouent un rôle différent des autres. Ces éléments centraux ou noyau ont une fonction génératrice de sens et une fonction organisatrice<sup>192</sup>.

Cette méthode nécessite peu de temps et d'efforts de la part des sujets quand le questionneur la présente lui-même car il peut alors demander une rapidité dans la formulation de la réponse, par "*une attitude de relance et de stimulation*"<sup>193</sup>. Par courrier, les répondants peuvent être amenés à réfléchir plus longtemps et au fur et à mesure de la réflexion, ne plus pouvoir choisir les mots à placer. C'est ainsi que nous avons reçu deux appels téléphoniques et trois remarques orales de cet ordre. Mais ces personnes ont toutefois renvoyé le questionnaire.

La troisième partie cherche à faire émerger plus précisément la définition donnée au mot éthique, dans quelles situations les professionnels sont confrontés à des questions d'ordre éthique, s'il est nécessaire de développer la réflexion en ce domaine et comment. Volontairement des questions "piège" sur l'existence, la connaissance d'un Code éthique, et l'aide qu'il pourrait apporter, sont posées pour mieux cerner si les professionnels distinguent l'éthique de la déontologie, les trois questions sont ainsi liées. Une autre question se rapporte au secret professionnel, exemple parmi d'autre qui est délimité en droit par la loi et par la déontologie mais dont l'étendue n'est pas si arrêtée que cela : de ce fait, le secret professionnel peut susciter questionnement et conflit d'ordre éthique. Cette partie comporte deux questions relatives à un degré d'échelle : l'une composée de six choix de réponses sur la *fréquence d'émergence des questions d'ordre éthique dans le cadre des interventions professionnelles*, l'autre question composée de quatre choix de réponses sur *l'aide dans la réflexion éthique d'un Code*. Trois questions sont ouvertes : l'une appelant à citer *trois situations dans lesquelles le professionnel a été confronté à des questions d'ordre éthique*, une demandant la *définition de l'éthique*, la dernière du questionnaire invitant à *des suggestions ou des commentaires*. Bien que limitée à quelques lignes, l'expression peut ainsi être plus libre. Les autres questions sont préformées à choix multiples, l'une en outre, sur *comment développer la réflexion éthique dans la profession*, offre la possibilité de réponses multiples et une rubrique "*autre*".

Les questionnaires ont été envoyés le même jour par la poste. Aucune relance n'a été faite afin de ne pas influencer le taux de réponses et d'en assurer l'uniformité.

---

<sup>192</sup> Pascal MOLINER, *Images et représentations sociales*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, coll. Vies sociales, 1996, p. 60.

<sup>193</sup> Jean-Claude ABRIC, *op. cit.*, p. 70.

Le questionnaire a été confectionné à partir de onze entretiens dans des services d'ergothérapie de Bruxelles (rééducation, réadaptation, psychiatrie et gériatrie ; secteur enfants, adolescents, adultes). Il a été testé directement auprès de 66 professionnels (ergothérapeutes, kinésithérapeutes, formateurs en Institut de formation en Rééducation, psychologues et médecins) et a donné lieu à 49 réponses. Ce test a validé la compréhension des questions, la facilité d'y répondre et nous a inspiré de poser une question sur le secret professionnel et d'ouvrir une possibilité pour le répondant de faire des suggestions ou des commentaires.

Sachant que tous les professionnels interrogés ont suivi le cours de philosophie en lycée, deux professeurs de philosophie de Terminale ont été sollicités pour indiquer les *auteurs* référents selon eux sur la question éthique et pour donner quatre mots-clefs associés au mot *éthique*. Ainsi pour un des professeurs, les auteurs référencés sont : les Stoïciens, Aristote, Kant et Nietzsche ; pour l'autre professeur : Spinoza, Lacan, Ricoeur, Platon. Quant aux mots pouvant être associés à éthique : le premier professeur donne : "liberté, devoir, connaissance, responsabilité" ; le second : "désir, le rapport à l'autre, la joie, la responsabilité". Ainsi, nous observons que les références sont diverses mais fondées sur la responsabilité.

Les données théoriques précisant le cadre de notre recherche nous ont servi de guide pour élaborer les grilles d'analyse des données recueillies. Les résultats sont proposés sous forme de tableaux et de graphiques mais, compte tenu du petit nombre de la population enquêtée et de réponses obtenue, aucun travail statistique n'a été réalisé.

## ***VI- RÉSULTATS ET DISCUSSION***

Sur les 360 questionnaires envoyés, 135 nous ont été transmis. C'est un bon taux de retour (38 %) pour un questionnaire envoyé par courrier<sup>194</sup>, non nominale. Nous en avons exclu trois, malgré l'intérêt des réponses et suggestions car ils correspondaient à des professionnels éducateurs et directeur-éducateur : nous gardons le cadre de la recherche qui délimite une population de rééducateurs en y incluant toutefois des médecins mais prescripteurs de rééducation, soit 132 questionnaires analysés. Le nombre de questionnaires renvoyés, dont une grande majorité a été complètement remplie, nous donne à penser que le questionnaire a reçu un accueil favorable correspondant à l'intérêt du thème et au souhait que celui-ci soit plus présent dans les équipes.

D'autre part, nous avons reçu 33 demandes de transmission des résultats et beaucoup d'encouragements pour ce travail. Nous avons même reçu le poème qui ouvre ce travail, de la part d'une ergothérapeute. Dans le cadre du thème *Thérapie de couloir*, choisi pour le débat mensuel d'opinions du journal de l'institution où elle travaille, l'atelier qu'elle anime s'est penché sur l'*Éthique de la thérapie de couloir "c'est-à-dire, les aides entre patients, données et reçues hors cadre et présence des soignants"*<sup>195</sup> : un patient lui a offert une carte reproduisant au recto une lithographie de Jérôme Tisserand intitulée *L'Éthique* (1996), et au verso un poème de Jean Humbert dont le titre est aussi *L'Éthique*<sup>196</sup>.

Quand certains questionnaires n'apportent pas de réponse à la question traitée, nous mentionnons le nombre de questionnaires réellement considérés sinon sans remarque particulière, il est fait référence aux 132 questionnaires.

### **VI.1- La population professionnelle répondante**

#### **VI.1.1- La répartition par métier**

**Tableau 1** : 132 réponses

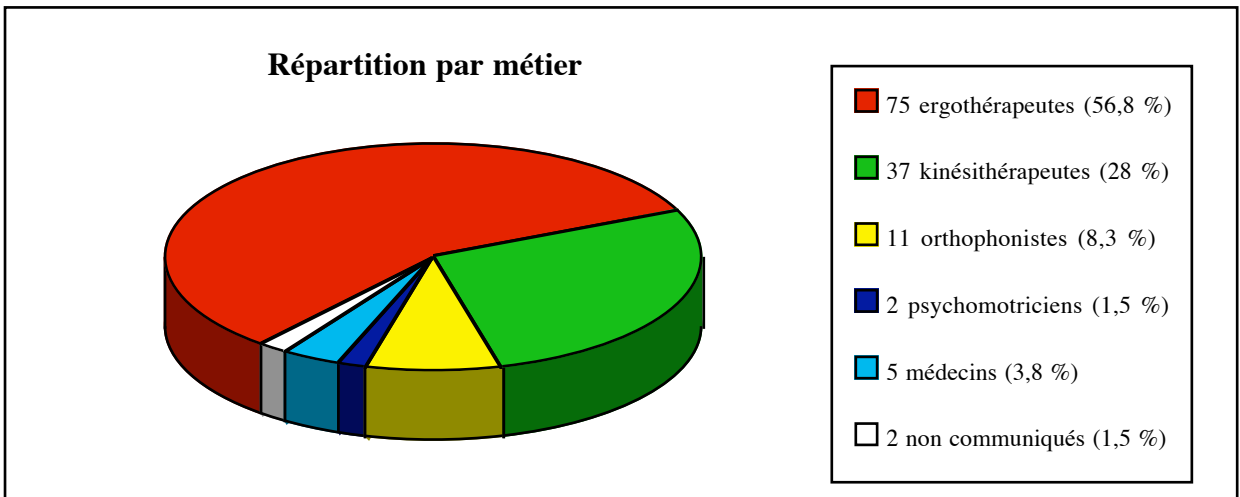
Du fait de l'envoi du questionnaire dans les services de rééducation où se pratique l'ergothérapie, donc principalement auprès d'ergothérapeutes ou de kinésithérapeutes, les ergothérapeutes sont sur représentés par rapport aux autres métiers.

---

<sup>194</sup> Selon Madeleine GRAWITZ, *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 1983, une enquête large de population n'amène que 10 à 25 % de réponses, quand la population est ciblée et concernée, le taux peut atteindre 70 à 80 %.

<sup>195</sup> Lettre de l'ergothérapeute en date du 14 avril 1998.

<sup>196</sup> Exposition Provinces Paris Grande Arche et Paris Île-de-France, avril 1998.



Parmi les réponses, nous notons :

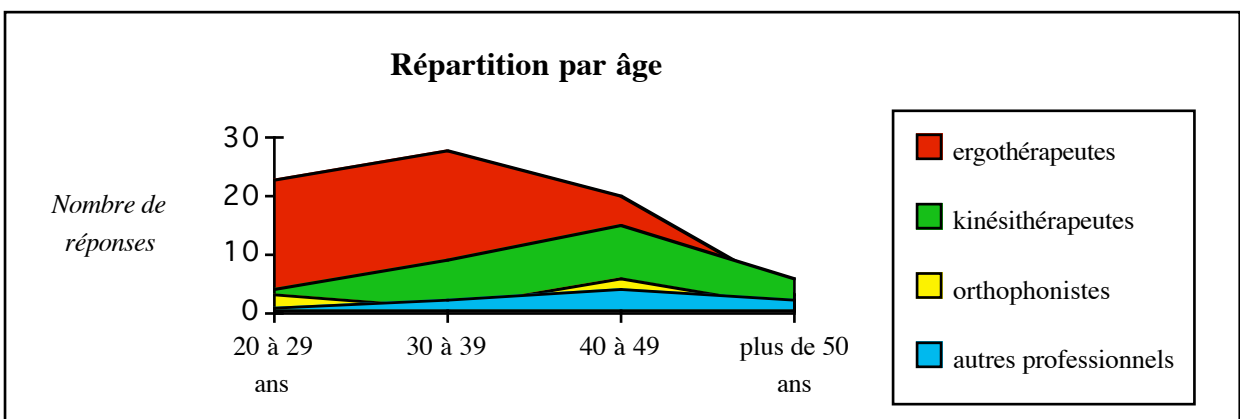
- celles de six formateurs : 2 kinésithérapeutes, 3 ergothérapeutes, 1 psychiatre.
- celles de huit cadres : 6 kinésithérapeutes, 1 ergothérapeute, 1 d'une profession non communiquée.
- celles de deux directeurs (dont la profession d'origine est l'ergothérapie) : un directeur d'établissement et un directeur d'un institut de formation initiale.
- celle d'un ergothérapeute également psychothérapeute.

### VI.1.2- La répartition entre hommes et femmes

Sur 132 réponses, 70,80 % des réponses proviennent de femmes, 29,20 % d'hommes. La population des orthophonistes et des ergothérapeutes est très féminisée (100 % et 79,36 %) ainsi que celle des médecins (75 %) ; celle des masseurs-kinésithérapeutes et des psychomotriciens correspondent à une mixité proche de l'équilibre (51,51 % et 50 % d'hommes).

### VI.1.3- La répartition par âge

**Tableau 2** : 132 réponses



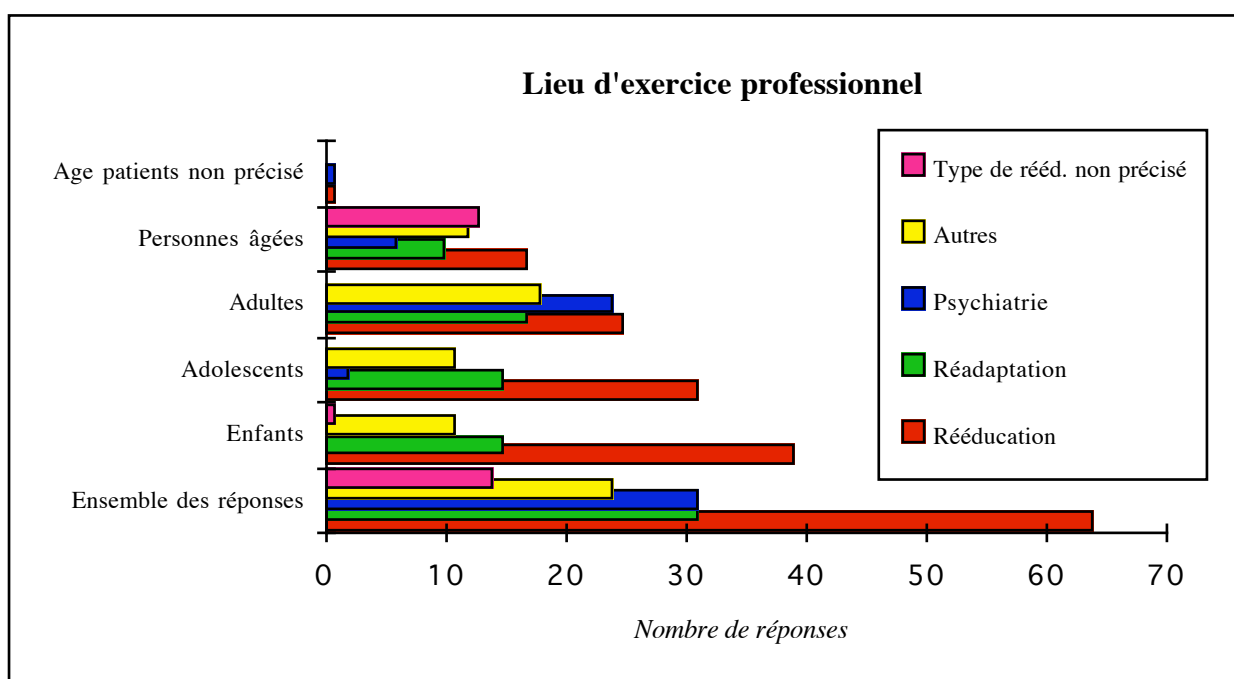
Les ergothérapeutes apparaissent plus nombreux dans les tranches d'âge jeune que les autres professionnels, notamment les kinésithérapeutes. Au regard des autres métiers, c'est un métier plus récent puisque le diplôme d'État d'ergothérapeute n'a été créé qu'en 1970.

#### VI.1.4- La répartition par ancienneté dans le métier

Sur les 124 réponses (8 n'ont pas précisé leur date de diplôme), 40 professionnels ont plus de 20 ans d'ancienneté, 40 ont entre 10 et 19 d'ancienneté et 44 moins de 10 ans d'ancienneté (23 entre 4 et 9 ans, 21 moins de 4 ans).

### VI.2- Le lieu d'exercice professionnel

Tableau 3 : 132 réponses



Lors de l'envoi, tous les services de rééducation avec pratique de l'ergothérapie ont été ciblés, sans distinction sur la région francilienne. Les réponses des professionnels en gériatrie se retrouvent en *réadaptation* et dans *autres* (moyen et long séjour et gériatrie identifiés en tant que tels) voire en *rééducation*. En outre, dans *autres*, apparaissent des services de médecine (2), de neurologie (3), de soins palliatifs (1), de déficients visuels (1), de services de soins ou d'aide à domicile (2), un foyer, un E.M.P. (établissement médico-pédagogique), un institut de formation initiale, l'exercice en libéral (2), et une association.

Plusieurs réponses sont possibles combinant plusieurs types d'exercice professionnel (*rééducation et réadaptation*, par exemple) et plusieurs catégories de personnes soignées (*enfants et adolescents*, par exemple). Le nombre total de réponses dépasse donc le nombre de questionnaires recueillis.

### VI.3- La représentation de l'éthique

Toutes les rééducateurs et médecins ont rempli la carte associative. Nous ne considérons que les quatre mots directement associés à éthique (première couronne). Les mots de la deuxième couronne sont utiles pour nous permettent de préciser le sens des mots de la première couronne, si besoin. Donc nous traitons pour chaque carte que quatre chaînes de deux mots.

**Tableau 4 : Les douze mots associés à éthique les plus utilisés**

<b>morale</b>	<b>respect</b>	<b>déontologie</b>	<b>règle(s)</b>	<b>conscience</b>	<b>loi</b>
84 fois cité sur la première couronne	70	21	18	15	15
<b>secret professionnel</b>	<b>l'être humain</b>	<b>responsabilité</b>	<b>valeurs</b>	<b>devoir</b>	<b>réflexion</b>
14	14	14	12	12	10

Il ne peut être déduit des réponses que la morale serait synonyme de l'éthique. Au contraire, comme il s'agit d'association de mots, par cette représentation, nous recherchons ce qui fonde l'éthique. D'une part, éthique renvoie très souvent au registre de la morale, de la déontologie, des règles, de la conscience, de la loi, du devoir..., et d'autre part elle renvoie massivement au respect, puis au secret professionnel, à l'être humain, à la responsabilité, aux valeurs. La réflexion est peu évoquée comme processus, alors que le cadre d'obligations et les valeurs vis-à-vis d'autrui sont affirmés.

#### **VI.4- La définition de l'éthique**

Dans la définition de l'éthique, les concepts évoqués par la carte associative réapparaissent fréquemment mais situés le plus souvent au niveau de la pratique professionnelle, ceci sans doute lié au fait que cette question est placée juste après la question sur l'émergence de questions d'ordre éthique dans le cadre des interventions professionnelles. La réflexion et le questionnement sont plus fréquents, la notion de choix aussi. La relation à l'autre et au tiers (la loi, la morale, l'équipe de travail, la famille) est présente. Le triangle soi-autrui-tiers (je-tu-il) apparaît. Mais aussi le bien-le mal-le possible. Nous citerons quelques unes des définitions, car chacune a sa particularité et aucune ne peut se réduire à une définition médiane :

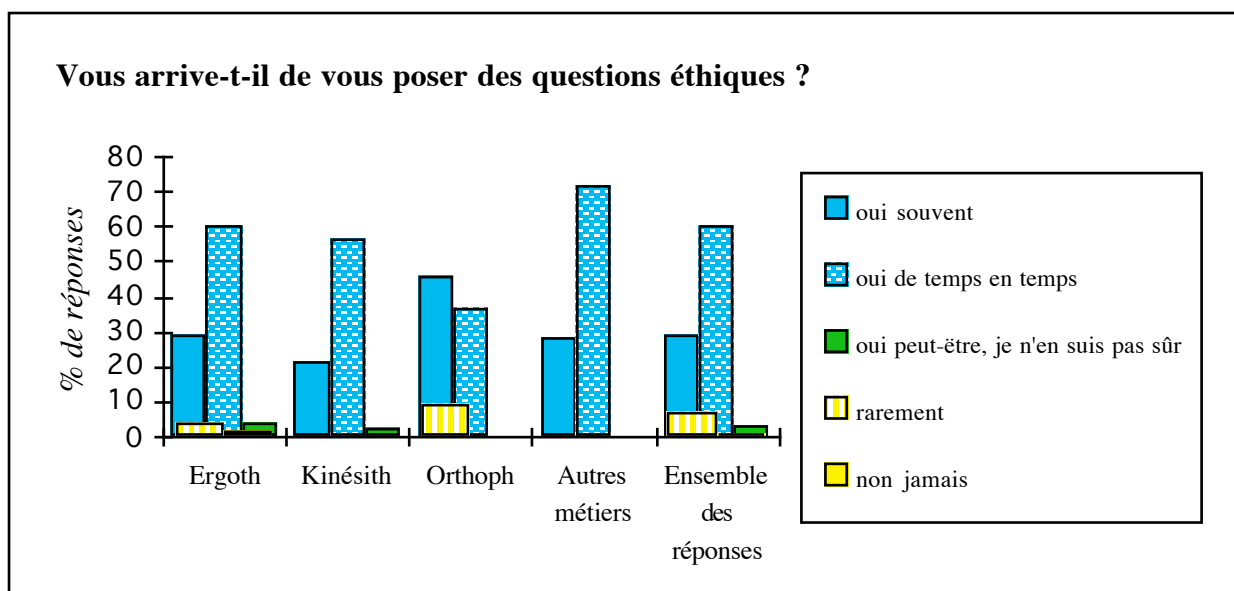
- *L'éthique : indispensable questionnement sur le sens de tout acte. Réflexion permanente.*
- *C'est un ensemble de règles individuelles ou collectives que l'on se donne volontairement, que l'on questionne sans cesse, répondant au besoin d'agir dans le sens du "bien", notion à réévaluer constamment.*
- *La limite à ne pas dépasser.*

- Sur le plan professionnel et personnel : sens de la responsabilité de mes actes et leurs conséquences ; et sur le plan général : “code” entre êtres humains réfléchissant et décidant de la possibilité ou non d’exploiter des découvertes scientifiques...
- Réflexion sur la pratique professionnelle et ses conséquences.
- Réflexion individuelle face à des questions de vie en société mettant en jeu la morale, la philosophie, le politique.
- Respect du secret professionnel et du patient ainsi que du milieu médical. Ensemble des lois qui régissent les professions médicales.
- Respect de l’Autre et de soi.

## **VI.5- Dans le cadre des interventions professionnelles, l’émergence de questions éthiques**

### **VI.5.1- Vous arrive-t-il de vous poser des questions d’ordre éthique dans le cadre de vos interventions ?**

**Tableau 5 :**



28,90 % répondent oui souvent ; 60,16 % répondent oui de temps en temps ; soit 88,96 % des 128 professionnels s’étant prononcés se trouvent à se poser des questions d’ordre éthique dans le cadre de leur intervention. Une seule réponse transmet que jamais ce professionnel ne se pose de question éthique. Nous ne notons pas de particularité dans les réponses apportées entre les différents métiers.

### **VI.5.2- Dans quelles situations, vous êtes-vous posé des questions d’ordre éthique ?**

Sur 106 réponses, nous relevons des situations au cours desquelles les professionnels sont au coeur de contradictions d’attitude, de choix difficiles à opérer, d’autant que ces choix ne peuvent se faire qu’en prenant en compte tous les partenaires. Ainsi, les situations relatées concernent des principes qui s’opposent : autonomie, liberté, bien et respect envers autrui, consentement, secret, progrès médicaux, scientifiques et techniques, mais aussi le pouvoir des professionnels



“sur” les patients. Les partenaires en relation sont : le patient, le rééducateur, le médecin, l’équipe, la famille, les autres patients, l’institution. Ce sont des situations de conflit ou de réflexion.

Parmi les plus souvent évoquées, nous repérons des situations à propos :

- du secret professionnel, de la confidentialité des informations, du choix des informations à transmettre, de la vérité pour le patient, de notre sincérité envers lui (36 fois) ;
- de la participation du patient aux choix qui le concernent dans sa rééducation, acharnement thérapeutique même face au refus du patient (31 fois) ;
- du respect du patient, respect de son intimité, de sa pudeur, de son histoire, de sa culture (8 fois) ;
- des choix dans le traitement médical ou chirurgical, choix non partagé par le professionnel mais obligation pour lui d’appliquer la prescription (13 fois)
- du pouvoir des professionnels et des limites à se poser face au patient (7 fois) ;
- des relations avec la famille, et du choix des informations à lui transmettre (18 fois) ;
- des maladies graves ou incapacités réduisant très fortement l’autonomie du patient (9 fois), de la mort, (2 fois) de la souffrance, de la douleur ;
- mais aussi des conditions et de l’organisation du travail (2 fois), des relations dans l’équipe (6 fois), parfois même face à des “soins mal faits” (3 fois).

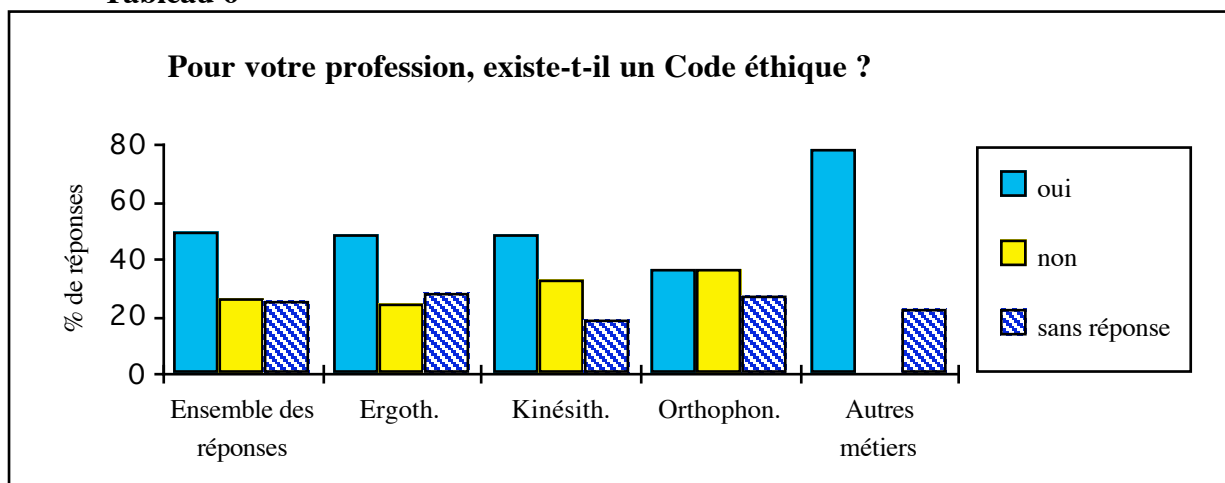
Nous ne remarquons pas de différenciation entre les métiers de rééducateurs. En revanche, les médecins se situent plus dans leur responsabilité médicale envers les patients et envers l’établissement de soins : *“devant la caution que mon titre et ma présence donne à mon chef d’établissement et les moyens que l’on me donne pour traiter mes malades”*, par exemple.

## **VI.6- Éthique et déontologie**

Les trois questions suivantes sont liées. Nous voulions vérifier que déontologie et éthique n’étaient pas confondues. En fait la terminologie anglosaxonne perturbe si bien que l’un est pris pour l’autre.

### VI.6.1- Pour votre profession, existe-t-il un Code éthique ?

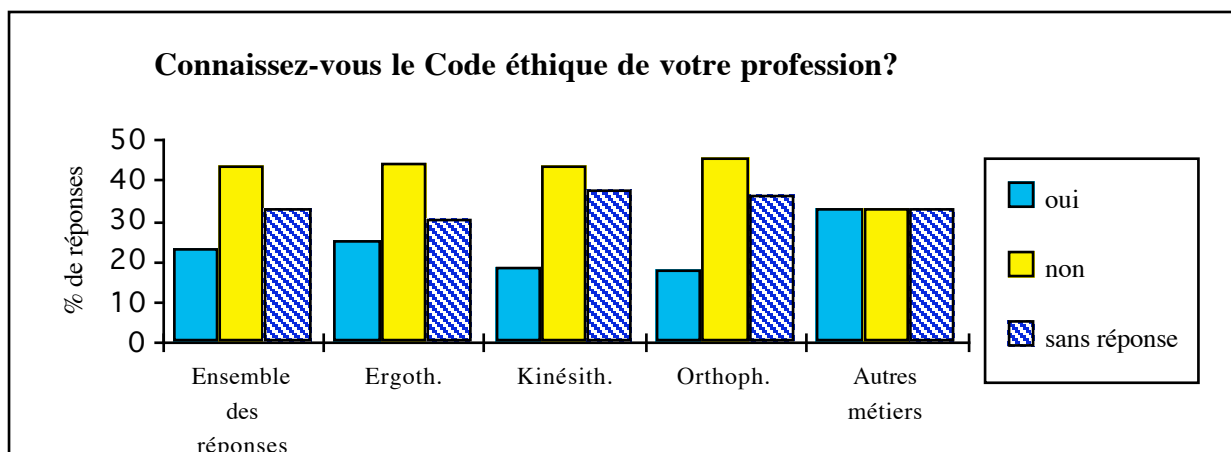
Tableau 6



Les réponses positives à cette question à hauteur de 50 % montrent bien l'assimilation des deux mots. Les médecins répondent à cette question en précisant que leur profession a un code de déontologie. Mais les réponses négatives et les non réponses se distribuent les 50 % restant. En fait ce sont les recommandations professionnelles qui sont considérées comme code d'éthique.

### VI.6.2- Le connaissez-vous ?

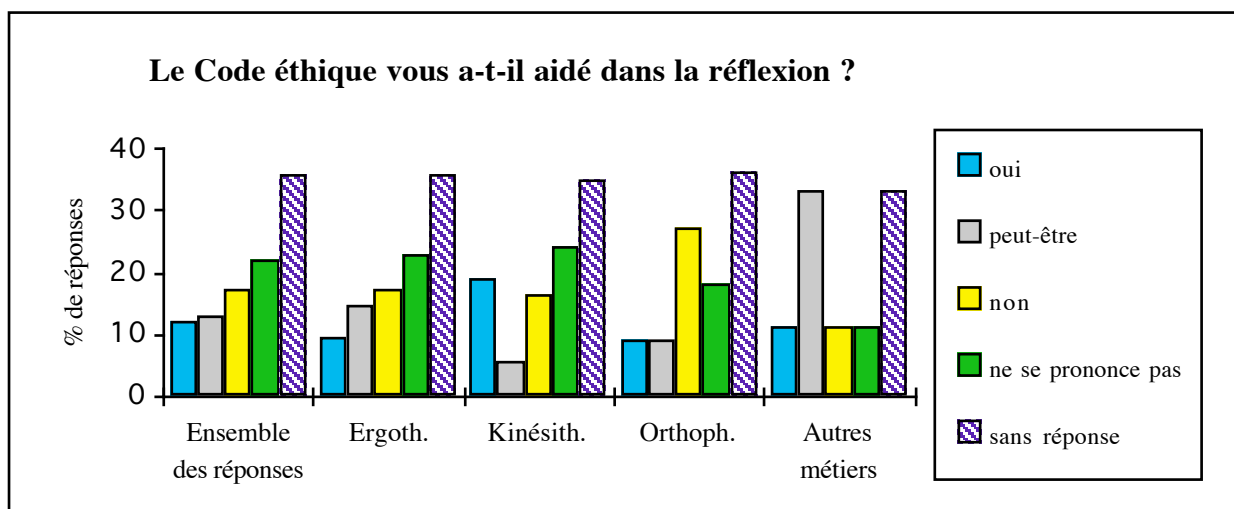
Tableau 7



Les réponses en "oui" s'affaiblissent par rapport au tableau précédent (31 soit 23,48 %), et c'est le "non" qui domine (57 soit 43,18 %) pour tous les métiers sauf pour les médecins. Les sans réponses augmentent en nombre (44 soit 33,33 %).

### VI.6.3- Pensez-vous qu'il a aidé votre réflexion éthique dans certaines situations ?

Tableau 8



Les réponses se réfèrent encore à la déontologie médicale et aux recommandations professionnelles. L'agrégation des "oui" et des "peut-être" atteint 23,49 % (10,61 et 12,88) ce qui est très légèrement supérieur au pourcentage de réponses relatives à la connaissance du code. Nous pouvons mettre cette petite différence sur le compte d'un faible nombre de réponses : 88 au total. Les sans réponses et ceux qui ne se prononcent pas dépassent en nombre toutes les autres réponses (34,10 et 19,70) soit au total 53,79 %. Nous ne notons pas de différence notable entre les réponses des divers métiers.

#### VI.6.4- Le secret professionnel correspond-il à une question d'ordre éthique?

Cette question relative à un exemple pratique remporte 79,54 % de "oui", 7,57 % de "non", 3,03 % de "ne se prononce pas" et 3,79 % de "sans réponse". Aucune différence dans les réponses des divers métiers, à nouveau. Nous pouvons faire le lien avec la représentation de l'éthique dans laquelle le secret professionnel apparaissait 14 fois sur la première couronne et en très grand nombre de fois cité à la question relative aux situations d'émergence de l'éthique.

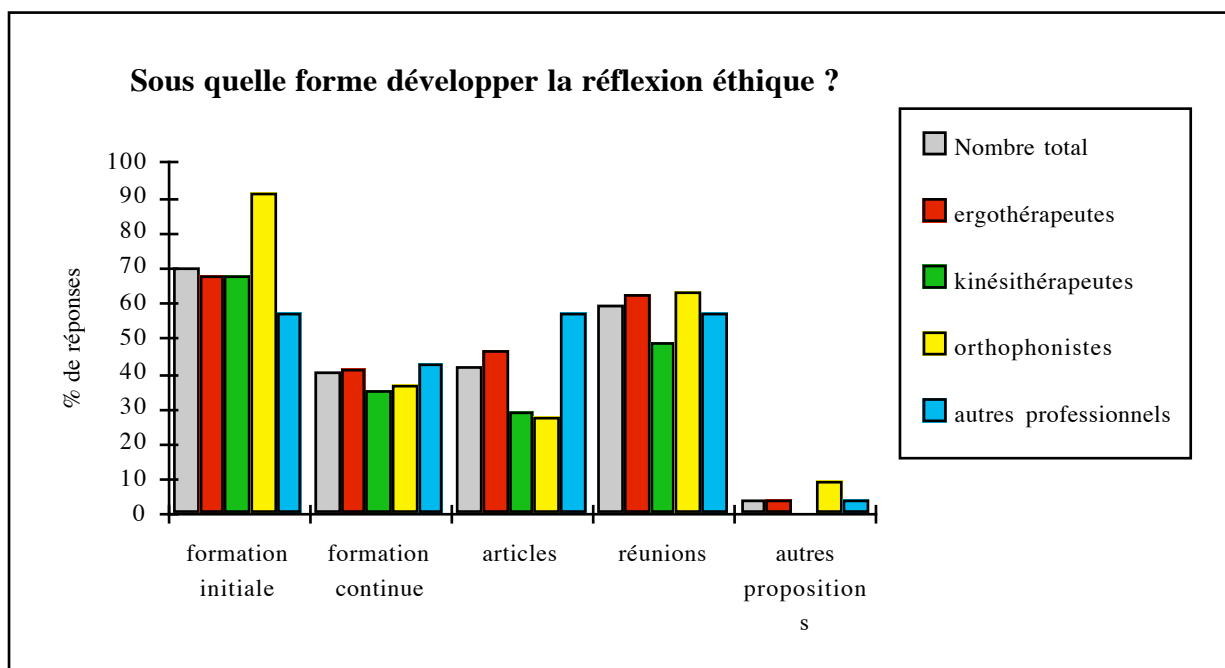
### VI.7- Développer la réflexion éthique et comment ?

#### VI.7.1- Est-il nécessaire de développer la réflexion éthique dans la profession ?

Pour cette question, nous obtenons quasiment l'unanimité pour le "oui", juste un ergothérapeute qui pense que la réflexion éthique n'est pas à développer. Nous obtenons 119 "oui", 7 "ne se prononce pas" et 5 "sans réponse". Le métier, une fois de plus, n'est pas discriminant.

## VI.7.2- Sous quelle forme ?

Tableau 9



Compte tenu du faible nombre d'orthophonistes, nous ne pouvons considérer comme discriminant leur plus grande réponse à la première proposition présentée (la formation initiale). Les colonnes de l'histogramme nous montre un faible taux de réponse s'orientant vers les articles professionnels comme moyen pour développer la réflexion éthique, chez les kinésithérapeutes et les orthophonistes.

## VI.8- Suggestions ou commentaires

Nous pouvons remarquer l'intérêt porté à ce questionnaire car 42 professionnels ont ajouté des commentaires. Un certain nombre précise aussi le rapport à soi dans l'éthique, le résultat d'une longue éducation (selon le principe aristotélicien), le travail interprofessionnel, la difficulté d'interpeller et d'accepter de se faire interpeller dans la pratique quotidienne. D'autres attendent des "solutions nouvelles" et certains remercient de les avoir obligés à réfléchir sur ce sujet. Une seule réponse évoque un travail d'élaboration d'une "charte patient" qui s'effectue dans son établissement.

## VII- DISCUSSION

Notre enquête montre que l'origine professionnelle n'apporte aucun élément significatif dans les réponses concernant les questions d'ordre éthique : elle n'est pas

discriminante. Comme l'évoque Robert Misrahi, il n'y a pas d'éthique particulière à chaque métier. Chaque rééducateur est confronté dans la relation à la personne qui se confie à lui pour la rééducation à une recherche du sens de son action et de sa responsabilité envers cette personne. "La question de l'éthique renvoie le sujet au sens des actes qu'il pose"<sup>197</sup>. Cette recherche de sens est réflexion sur les pratiques telle qu'évoquait Martine Hédreul-Vittet dans son travail sur l'éthique en masso-kinésithérapie, réalisé auprès de cadres masso-kinésithérapeutes de l'AP-HP, en 1997. Elle notait en outre la nécessité de discerner, les besoins organisationnels, la responsabilité, la nécessaire humanité du soin et du décroisement du travail. Toutes notions que nous avons retrouvé sous d'autres formulations dans la représentation de l'éthique et les situations d'émergence de l'éthique, mais aussi dans les commentaires libres de la fin du questionnaire.

Les questions posées seraient :

- de quel droit puis-je agir envers cette personne ? Est-elle suffisamment informée pour former un projet de rééducation dans lequel elle est acteur et auteur ? Cette formulation est très présente dans les réponses relatives aux situations d'émergence de l'éthique.
- comment vais-je agir ? Saurais-je respecter cet autre dans toute sa dignité et sa singularité ? Ne vais-je pas "l'écraser de mon pouvoir" de rééducateur ? Que puis-je dire et ne pas dire ?
- jusqu'où aller dans la rééducation et dans mon action sur la personne ?

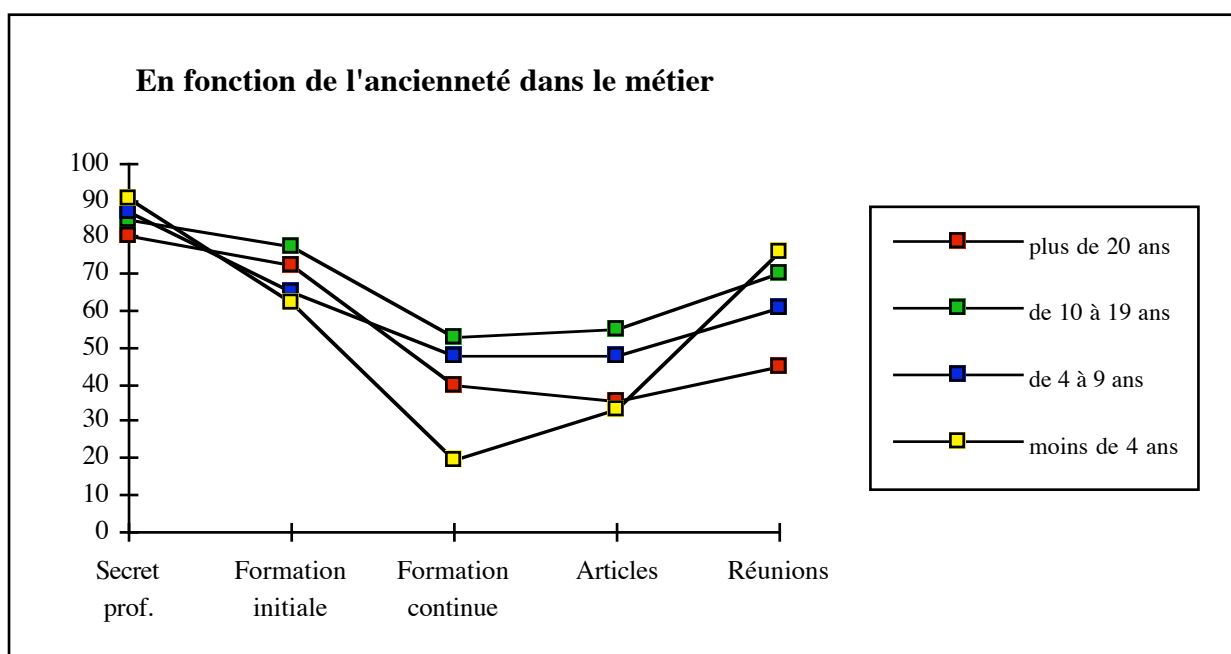
Dans le travail de Marie-Chantal Morel-Bracq relatif à l'ergothérapie et les soins palliatifs, réalisé en région bordelaise en 1996 auprès des services d'ergothérapie, les ergothérapeutes se posaient plus souvent des questions d'ordre éthique dans les structures de gériatrie et de psychiatrie. Notre enquête n'a rien révélé de semblable : est-ce dû à la visée de l'enquête très ciblée ou est-ce dû au développement de l'éthique dans toute la société mais aussi en rééducation, de par l'émergence d'un modèle médical centré sur l'autonomie et moins sur la bienveillance paternaliste, de par des contraintes économiques et un développement scientifique et technique tels qu'ils nous appellent plus fréquemment à faire des choix dans notre travail. Notre enquête démontre l'intérêt porté à l'éthique en tant que réflexion sur nos actions, par les rééducateurs quels que soit leur secteur de travail. La question éthique est abordée différemment dans des services de soins palliatifs, en psychiatrie ou auprès d'accidentés de la voie publique, mais elle est présente dans toutes les pratiques du fait qu'elle intéresse la rencontre et la relation non plus à l'autre mais avec l'autre.

En revanche l'ancienneté dans le métier a des incidences sur la perception de l'éthique et quant aux propositions pour développer la réflexion éthique. En effet selon que le professionnel est plus ancien dans le métier, il considérera un peu moins le secret professionnel

---

<sup>197</sup> Hugues LENOIR, "Éthique et formation", *Actualité de la Formation permanente*, n° 150, octobre 1997, p. 10.

comme relevant de l'éthique : il maîtrise mieux la relation à l'autre avec l'expérience et se pose moins de question sur ce qu'il a à dire ou à ne pas dire : le pourcentage de professionnels ayant répondu que le secret professionnel correspond à une question éthique varie régulièrement de 90,48 % pour les moins de quatre années de diplôme à 80 % pour ceux qui ont plus de vingt années d'ancienneté. Quant à la formation initiale ou continue, la courbe s'inverse : plus le professionnel est ancien, plus il estime nécessaire de former la réflexion éthique : sans doute le jeune professionnel qui sort de ses études envisage moins la formation comme moyen puisque l'éthique n'y a pas été ou peu abordée. En revanche, il cherchera dans les réunions à asseoir son identité de rééducateur, c'est sans doute là par la confrontation et l'échange qu'il pourra se former.



En testant notre hypothèse, nous confirmons qu'il n'y a pas d'éthique particulière pour chaque métier de rééducateur et que l'éthique est bien présente au coeur des conflits de valeurs dans la pratique professionnelle, s'il n'y avait pas de réflexion autonome des rééducateurs, ils appliqueraient strictement les consignes et les prescriptions sans se poser de question. C'est bien par conflits de valeurs et recherche de sens dans l'action, qu'émerge la réflexion éthique. Mais nous découvrons dans les résultats de l'enquête, que la différenciation se situe dans l'ancienneté professionnelle.

## ***VIII- PERSPECTIVES ET CONCLUSION***

Nous proposons au terme de ce travail, de confirmer la nécessité d'ouvrir une réflexion éthique au cours de la formation des rééducateurs. Nous avons pu faire l'expérience,

avec des étudiants de deuxième et de troisième année, d'un atelier et de deux cours<sup>198</sup> de formation à l'éthique : non seulement les étudiants étaient vivement intéressés mais ils ont pu ainsi parler de réalités de stage, de vécus difficiles. Une formation à l'éthique ne peut se faire en cours magistral avec un professeur détenant un savoir à transmettre. Jean-Claude Filloux fait remarquer que l'expression "*éducation à l'éthique*" a "*l'inconvénient d'impliquer une conception disons fixiste de l'éthique, supposée un corps construit de valeurs*"<sup>199</sup>. Nous sommes d'accord avec lui pour une conception "*d'une éducation à quelque chose qui n'est pas donné, qu'il faut sans cesse inventer, construire et reconstruire une sensibilisation au fait que le rapport aux interrogations éthiques se vit comme souci, tension, passage du clos à l'ouvert*"<sup>200</sup>. C'est pourquoi, il semble nécessaire d'utiliser le temps imparti à l'éthique, par les textes régissant les études des rééducateurs, à une formation ouverte sur l'exercice de la réflexion de l'étudiant avec ses pairs pour identifier ses valeurs propres afin de dépasser un dilemme et opérer un choix qui lui semblera bon et serein. Mais ouverte à d'autres temps comme l'analyse des vécus de stage et des pratiques professionnelles et une sensibilisation dans les divers cours de rééducation à cette réflexion sur le rapport à l'autre différent, malade, handicapé, voire amputé d'une partie de lui-même, souffrant, mais personne de désir comme tout un chacun, et sur la relation avec lui qui doit se construire à deux et non pas s'instruire comme on instruit une affaire.

C'est pourquoi aussi dans les établissements de soins, les rééducateurs doivent pouvoir trouver des moments de réflexion. Les comités d'éthique se proposent d'être des lieux pour cette réflexion. Mais ils ne pourront aider dans le quotidien les professionnels à qui, dans l'urgence, sont confiés le choix et la décision d'actions. Les comités sont les supports d'une réflexion à long terme. Mais dès aujourd'hui, dans les projets de service, les rééducateurs doivent pouvoir échanger et confronter ce qui leur tient à coeur, le sens de leur travail et du rapport à l'autre. Le cadre est le garant de la qualité des prestations mais il est aussi l'un des promoteurs du projet de service dans lequel les valeurs de chacun peuvent se découvrir en se confrontant dans le respect. Et si le projet joue avec la visée, alors demain pourra être éthique.

Ce travail fut une quête, l'expression n'est pas trop forte. Nous avons plongé dans l'histoire mais surtout dans la philosophie pour finalement découvrir les fonds marins de nos valeurs. Nous avons l'ambition à présent de nous hisser vers cet autre, de passer d'une relation à autrui vers une relation avec autrui. Emmanuel Lévinas nous a poursuivi et nous a fait comprendre ce mouvement qui est le seul chemin de la rencontre.

---

<sup>198</sup> Cf. Annexe 4, le plan du cours réalisé par deux fois dans un institut de formation en ergothérapie.

<sup>199</sup> Jean-Claude FILLoux, "Quelle épistémologie pour une éducation éthique ?", J. FELDMAN et collaborateurs, *op. cit.*, p. 61.

<sup>200</sup> *Loc. cit.*

## ***BIBLIOGRAPHIE***

### **OUVRAGES**

- ABRIC, Jean-Claude *Pratiques sociales et représentations*  
Paris, P.U.F., 1994, 252 p.
- AMBROSELLI, Claire *L'éthique médicale*  
Paris, P.U.F, coll. Que sais-je ?, 1994, 128 p.
- ARISTOTE *Éthique à Nicomaque*  
Paris, Le Livre de Poche, 1992, 436 p.
- BOUCAND, Marie-Hélène *Une éthique en rééducation ?*  
Rennes, E.N.S.P., 1993, 198 p.
- CANTO-SPERBER, Monique *Dictionnaire d'Éthique et de Philosophie morale*  
Paris, P.U.F, 1996, 1 720 p.
- COTEC *Code éthique et standards de pratique, mise à jour 1996, 8 p.*
- ETCHEGOYEN, Alain *La valse des éthiques*  
Paris, François Bourin, coll. Agora-Pocket, 1991, 246 p.
- FOUCAULT, Michel *Naissance de la clinique*  
Paris, P.U.F, coll. Gallien, 1983, 214 p.
- GHIGLIONE, Rodolphe, et MATALON, Benjamin *Les enquêtes sociologiques*  
Paris, Armand Colin, coll. U, 1985, 302 p.
- HEDREUL-VITTET, Martine *Éthique et masso-kinésithérapie : une lecture au quotidien,*  
École des Cadres AP-HP, 1997.
- HIRSCH, Emmanuel, (dir.) *Espace éthique, Éléments pour un débat - Travaux 1995-1996*  
Vélizy, Doin/AP-HP, 1997, 542 p.
- IMBERT, Francis *La question de l'éthique dans le champ éducatif*  
Vigneux, Matrice, Coll. Pratique institutionnelle, 1987, 120 p.
- KREMER-MARIETTI, Angèle *L'éthique*  
Paris, P.U.F, coll. Que sais-je ?, 1994, 127 p.
- LÉVINAS, Emmanuel *Éthique et Infini*  
Paris, Fayard, coll. Biblio essais, 1982, 122 p.
- MEYER, Philippe *De la douleur à l'éthique*  
Paris, Hachette, 1998, 236 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL *Lignes directrices régissant l'intervention en ergothérapie axée sur le client,* Ottawa, 1986, 76 p.
- MISRAHI, Robert *Qu'est-ce que l'éthique ?*  
Paris, Armand Colin, 1997, 285 p.



- MOLINER, Pascal *Images et représentations sociales*  
Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, coll. Vies sociales,  
1996, 276 p.
- MOREL-BRACQ, Marie-Chantal *Ergothérapie et soins palliatifs*, Mémoire de Diplôme Universitaire  
de Bordeaux, 1996, Soins palliatifs et accompagnement.
- PAYCHENG, Odile, et SZERMAN, Stéphane *A la rencontre de l'éthique, guide pratique des textes de référence*,  
Thoiry, Heures de France, 1997, 352 p.
- POCHÉ, Fred *Penser avec Arendt et Lévinas, Du mal politique au respect de  
l'autre*, Lyon, Chronique Sociale, 1998, 128 p.
- QUÉRÉ, France *L'éthique et la vie*  
Paris, Odile Jacob, coll. Points, 1991, 336 p.
- RAMEIX, Suzanne *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*  
Paris, Ellipses, 1996, 160 p.
- RÉSEAU EUROPÉEN "MÉDECINE ET DROITS DE L'HOMME"  
*La santé face aux droits de l'homme, à l'éthique et aux morales,  
120 cas pratiques*  
Strasbourg, Éd. du Conseil de l'Europe, 1996, 500 p.
- RICOEUR, Paul *Soi-même comme un autre*  
Paris, Seuil, coll. Points, 1996, 425 p.
- RUSS, Jacqueline *La pensée éthique contemporaine*  
Paris, P.U.F, coll. Que sais-je ?, 1994, 128 p.
- SINGLY, François *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire*  
Paris, Nathan Université, 1992, 128 p.
- SOPHOCLE *Théâtre complet, "Antigone"*  
Paris, Garnier-Flammarion, 1964, pp. 69-101
- TESTART, Jacques *De l'éprouvette au bébé spectacle*  
Bruxelles, Éd. Complexe, coll. Le genre humain, 1984, 126 p.
- VANBERGEN, Pierre *Éthique et condition humaine*  
Bruxelles, Labor, Paris, Nathan, 1970, 160 p.
- WEBER, Max *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*  
Paris, Plon, coll. Agora-Pocket, 1994, 286 p.
- WUNENBURGER, Jean-Jacques *Questions d'éthique*  
Paris, P.U.F., coll. Premier cycle, 1993, 390 p.

## **ARTICLES**

- Bioéthique et démocratie *Cercle Condorcet*, n° 25, 1992, 96 p.

- Entretien avec Paul RICOEUR : "Connaissance de soi et éthique de l'action"  
*Sciences humaines*, n° 63, juillet 1996, p. 34- 38.
- Éthique et économie sociale, Colloque CJDES - Le Monde  
*Les dossiers de la Lettre de l'économie sociale*,  
n° spécial 492, 8 novembre 1990, pp. 5-31.
- L'éthique, l'homme, la santé  
*Prévenir*, n° 22, 1992, 176 p.
- Les nouvelles morales, éthique et philosophie  
*Magazine littéraire*, n° 361, janvier 1998, 162 p.
- DE VILLERMAY, Denyse "Éthique et santé publique : les deux grands défis de l'an 2000",  
*Revue de l'infirmière*, n° 3, février 1995, pp. 68-72.
- DE VILLERMAY, Denyse "Questions d'éthique ... et de soins",  
*Revue de l'infirmière*, n° 5, mars 1995, pp. 57-59.
- DINÉ, Lyliane "La décision éthique, une décision complexe",  
*Soins*, n° 595, avril 1995, pp. 36-38.
- DORTIER, Jean-François (coord.)  
"L'individu dispersé et des identités multiples",  
*Sciences humaines*, n° 37, mars 1994, pp. 18-33.
- GUIENNE, Véronique "Éthique et solidarité",  
*Revue de l'Infirmière*, n° 8, avril 1993, pp. 44-49.
- LECOMTE, Jacques (dossier coord. par),  
"L'éthique", *Sciences humaines*, n° 46, janvier 1995, pp. 11-31.
- LENOIR, Hugues "Éthique et formation", *Actualité de la formation permanente*,  
Centre INFFO, n° 150, septembre octobre 1997, pp. 8-13.
- LÉRY, Nicole "Droit et éthique de la santé : l'expérience d'une consultation",  
*Journal d'Ergothérapie*, 1993, vol. 15, n° 4,  
pp. 139-142.
- MELLINI-FABRE, Anne "Les instances internationales de l'ergothérapie : COTEC et  
WFOT", *Journal d'Ergothérapie*,  
vol. 14, n° 4, 1992, pp. 141-149
- MISRAHI, Robert "Fonder une éthique de l'Homme", dans *Cultures en mouvement*,  
n° 6, décembre 97-janvier 98, pp. 24-26.
- PELABON, V. "Code d'éthique européen d'ergothérapie établi par le COTEC",  
*Expériences en Ergothérapie*, n° 7, 1993, pp. 7-14.
- PELABON, V. "L'évaluation de la qualité des soins en Europe",  
*IXe Journée d'Études Nationales d'Ergothérapie*,  
Strasbourg, janvier 1993, pp. 195-200.
- PELABON, V. "Un code d'éthique européen pour les ergothérapeutes",  
*Journal d'Ergothérapie*, vol. 18, n° 1, 1996,  
pp. 34-36.

- PIATKOWSKI, Marie-Christine,  
“L'éthique : une réflexion ou une pratique ?”,  
*Revue de l'Infirmière*, n° 8, avril 1993, pp. 16-18.
- TERREAUX, Claude  
“Aux sources de l'éthique médicale : Hippocrate et ses disciples”,  
*Revue de l'Infirmière*, n° 8, avril 1993, pp. 12-15.
- VAILLANCOURT, M., et VIEL Éric  
“Méthodologie éthique en réadaptation”,  
*Annales de Kinésithérapie*, n° 4, 1996, pp. 192-200.
- VANBRUGGEN, Hanneke  
“Éthique et ergothérapie”, *Journal d'Ergothérapie*,  
vol. 15, n° 2, 1993, pp. 56-63.

**- ANNEXES -**

1 Serment d'Hippocrate .....	1
2 Charte du patient hospitalisé (résumé destiné à l'affichage) .....	2
3 Références des textes officiels cités pages 25 et 26 .....	3
4 Éthique : plan du cours réalisé en février 1998 à l'Iscaam, section Ergothérapie	4
....	
5 Questionnaire .....	9

Éléments de réponses au questionnaire

6 Dans quelle situations vous êtes-vous posé des questions d'ordre éthique ? .....	12
7 Quelle est votre définition de l'éthique ? .....	19
8 Sous quelle forme développer la réflexion éthique ? rubrique "Autre" .....	23
9 Commentaires ou suggestions .....	24
10 Lettres à part accompagnant les questionnaires .....	27

## ANNEXE N° 1

### SERMENT D'HIPPOCRATE

*Je jure par Apollon, médecin, par Esculape, par Hygie et Panacée, par tous les dieux et les déesses, et les prends à témoin que j'accomplirai, selon toutes mes forces et mes capacités, ce serment tel qu'il est écrit.*

*Je regarderai comme mon père celui qui m'a enseigné la médecine, et je partagerai avec lui ce dont il aura besoin pour vivre. Je regarderai ses enfants comme mes frères.*

*Je prescrirai aux malades le régime qui leur convient, avec autant de savoir et de jugement que je pourrai, et je m'abstiendrai à leur égard de toute intervention malfaisante ou inutile.*

*Je ne conseillerai jamais à personne d'avoir recours au poison et j'en refuserai à ceux qui m'en demanderont. Je ne donnerai à aucune femme de remèdes abortifs.*

*Je conserverai ma vie pure et sainte aussi bien que mon art.*

*Je ne pratiquerai pas d'opérations dont je n'aurai pas l'habitude, mais les laisserai à ceux qui s'en occuperont spécialement.*

*Lorsque j'irai visiter un malade, je ne penserai qu'à lui être utile, me préservant bien de tout méfait volontaire, et de toute corruption avec les hommes et les femmes.*

*Tout ce que je verrai ou entendrai dans la société, pendant l'exercice ou même hors de l'exercice de ma profession, et qui ne devra pas être divulgué, je le tiendrai secret, le regardant comme une chose sacrée.*

*Si je garde ce serment sans l'enfreindre en quoi que ce soit, qu'il me soit accordé de jouir heureusement de la vie et de mon art, et d'être honoré à jamais parmi les hommes. Si j'y manque et me parjure, qu'il m'arrive tout le contraire.*

Source : Claire AMBROSELLI,  
*L'éthique médicale*, P.U.F., 1994, p. 116.

## ANNEXE N° 2

### **CHARTRE DU PATIENT HOSPITALISÉ**

*Résumé destiné à faire l'objet d'un affichage  
(circulaire ministérielle n° 95-22)*

#### **Principes généraux**

Le service public hospitalier est accessible à tous et en particulier aux personnes les plus démunies. Il est adapté aux personnes handicapées.

Les établissements de santé garantissent la qualité des traitements, des soins et de l'accueil. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur.

L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. Le patient participe aux choix thérapeutiques qui le concernent.

Un acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient.

Un consentement spécifique est prévu notamment pour les patients participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.

Le patient hospitalisé peut, à tout moment, quitter l'établissement sauf exceptions prévues par la loi, après avoir été informé des risques éventuels qu'il encourt.

La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité doit être préservée ainsi que sa tranquillité.

Le respect de la vie privée est garanti à tout patient hospitalisé ainsi que la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales qui le concernent.

Le patient a accès aux informations contenues dans son dossier notamment d'ordre médical par l'intermédiaire d'un praticien qu'il choisit librement.

Le patient hospitalisé exprime ses observations sur les soins et l'accueil et dispose du droit de demander réparation des préjudices qu'il estimerait avoir subis.

Source : Délégation à la Formation et à la Communication  
de l'AP-HP

## **ANNEXE N° 3**

### **RÉFÉRENCES DES TEXTES OFFICIELS CITÉS**

*pages 25 et 26*

- 1948 Déclaration universelle des droits de l'homme, Assemblée générale des Nations Unies
- 1950 Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, Conseil de l'Europe, mars 1950
- 1959 Déclaration des droits de l'enfant, Assemblée générale des Nations Unies, novembre 1959
- 1975 Déclaration de Tokyo (dite Helsinki II)
- 1976 Recommandation relative aux droits des malades et des mourants, Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, janvier 1976
- 1979 Charte européenne du malade usager de l'hôpital, Comité hospitalier de la Communauté économique européenne, Luxembourg, mai 1979
- 1983 Circulaire n° 83-24 du 1<sup>er</sup> août 1983, relative à l'hospitalisation des enfants, parue au B.O. du ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, n° 83/9bis
- 1986 Circulaire DGS/3D du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale
- 1987 Circulaire DH/DGS n° 684 bis du 28 octobre 1987 relative au dépistage du VIH auprès des malades hospitalisés
- 1987 Recommandation concernant une politique européenne commune de santé publique de lutte contre le sida, Conseil de l'Europe, comité des ministres, 26 novembre 1987
- 1988 Charte de l'enfant hospitalisé, rédigée par les associations européennes de European association for children in hospital, Leiden (Pays-Bas). Pour la France diffusé par : Association pour l'amélioration des conditions d'hospitalisation des enfants (APACHE)
- 1988 Circulaire DGS/DH n°132 du 16 mars 1988 relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents
- 1991 Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, J.O. du 2 août 1991
- 1990 Convention internationale sur les droits de l'enfant, Assemblée générale des Nations Unies, février 1990
- 1990 Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, J.O. du 30 juin 1990
- 1995 Charte du patient hospitalisé, annexée à la circulaire ministérielle DGS/DH n° 95-22 du 6 mai 1995, B.O. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, n° 25, 6 septembre 1995, pp. 9333-0335.

- 1996 Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, Fondation nationale de gérontologie, Ministère du Travail et des Affaires sociales
- 1996 Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, J.O. du 25 avril 1996, pp. 6324-6336

Source : O. PAYCHENG, S. SZERMAN,  
*À la rencontre de l'éthique*, Heures de France, 1997



## ANNEXE N° 4

### ÉTHIQUE

#### PLAN DU COURS - FÉVRIER 1998 ERGOTHÉRAPIE ISCAM

#### I- DÉFINITION DE L'ÉTHIQUE

##### **I-1) Exercice à partir d'un test de *Carte associative***

- référence : J.-C. Abric

##### **I-2) Définition de : morale, déontologie, éthique**

- référence :

M. Vaillancourt, E. Viel, "Méthodologie en réadaptation", *Annales de Kinésithérapie*, 1996, n°4, pp. 192-200 :

*"Pour bien des thérapeutes, le concept d'éthique se résume à un code de déontologie. L'éthique elle-même est souvent assimilée au remplacement d'une morale défaillante."*

*"La morale regroupe l'ensemble des principes hérités de la tradition, de la religion et de la tradition sociale. La morale est inculquée, et donc externe à l'individu."*

*"A l'inverse, l'éthique est une attitude personnelle adoptée en son âme et conscience, issue de convictions individuelles. L'éthique détermine le comportement professionnel. De ce fait, l'éthique peut entrer en litige avec le code de déontologie de sa profession ou avec la morale acceptée par la société dans laquelle évolue le thérapeute. L'éthique est aussi une praxis, une prise de décision basée sur le discernement moral."*

*"Le code de déontologie édicte un ensemble de règles qui concrétise les principes moraux et philosophiques dont le groupement professionnel s'inspire dans l'exercice de sa profession."*

- référence :

O. Paycheng, S. Szerman, *A la rencontre de l'éthique, Guide pratique des textes de référence*, Thoiry, Ed. Heures de France, 1997

#### Déontologie

C'est l'ensemble des règles et des devoirs régissant une profession, ce qui doit être.

#### Code de déontologie

C'est le recueil, sous forme de textes, décrivant les règles et les devoirs d'une profession.

Un code de déontologie est toujours assorti d'un système de contrôle et de sanctions prises par des instances disciplinaires.

En médecine, le Code de déontologie est un texte réglementaire.

#### Éthique

L'éthique désigne une philosophie globale des conduites humaines. Elle est relative à la personne humaine vivant en société. Elle recherche ce qui est bon pour les individus et le groupe social. Elle met en action le "JE" avec ses désirs, dans la relation aux autres.

L'éthique fait appel à des repères qui sont d'ordre juridique, déontologique, moral (philosophiques et religieux), ainsi qu'à des chartes et des recommandations.

#### Problèmes éthiques

En pratique soignante, il s'agit de situations difficiles qui touchent l'homme dans sa vie, dans son corps, dans sa santé, dans sa guérison, dans sa mort, autrement dit dans toutes les dimensions de son être.

Ces situations exigent un temps de délibération permettant un questionnement, une analyse, afin d'aboutir à une prise de décision éthique.

### Questionnement éthique

C'est l'interrogation systématique :

- des lois, des règlements ;
- des progrès technologiques ;
- des sciences biomédicales ;
- des comportements humains dans des situations diverses, afin de s'assurer que ces lois, règlements, progrès, sciences, comportements, sont respectueux de l'homme, tel qu'il a été reconnu dans des textes de référence.

### **I-3) Serment d'Hippocrate et repères philosophiques**

principes : hétéronomie, autonomie, déontologie, téléologie

Aristote, Kant, psychanalyse, Foucault, Lévinas, Ricoeur, ...

### Ethique, résultante du croisement de deux mots grecs : êthos et éthos

- *êthos* = séjour habituel, habitat, demeure des animaux  
mais aussi, caractère d'un individu, c'est-à-dire signe particulier, trait distinctif par lequel on le reconnaît dans sa manière d'agir, de vivre, de se comporter.

- *éthos* = coutume, moeurs, mais surtout habitude

Initialement donc, l'éthique renvoie non pas à des principes, à des règles mais plutôt au caractère qu'un individu acquiert, qu'une personne se forge, bref, une éthique issue d'habitudes apprises et répétées.

## **II- DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ, L'ÉTHIQUE S'APPUIE SUR :**

### **II-1) Des principes :**

- |                                 |                        |
|---------------------------------|------------------------|
| - souci de l'autre              | - bienfaisance         |
| - véracité                      | - humanité             |
| - consentement libre et éclairé | - consentement présumé |
| - solidarité                    | - justice              |
| - non discrimination            |                        |

### **II-2) Et le respect :**

- |                             |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| - des droits fondamentaux   | - de la dignité                |
| - de la vie                 | - de la volonté de la personne |
| - des croyances religieuses | - de la valeur du don          |
| - de la fin de vie          | - du secret                    |

## **III- DEUX MODÈLES DE RELATION AU PATIENT**

• référence :

Suzanne Rameix (professeur agrégé de philosophie) dans un article publié en 1995 dans *Médecine et Droit*, n°12, *Du paternalisme à l'autonomie des patients ? L'exemple du consentement aux soins de réanimation.*

### **III-1) La relation paternaliste**

*“fondée sur le principe de bienfaisance à l’égard de celui qui est en état de faiblesse, par sa maladie et par son ignorance. Le malade est comme un enfant que le médecin soutient et protège, et qu’il décharge de la responsabilité de décision ; le malade, de son côté, fait confiance au médecin comme l’enfant à ses parents.”*

### **III-2) La relation d’autonomie**

*“Le malade y est d’abord, entièrement informé par un médecin qui est son égal, dans une relation prestataire de service, et il est, de plus, responsable des décisions thérapeutiques qui le concernent. La valeur première ici n’est pas de faire le bien du malade mais de respecter sa liberté, sa dignité d’être qui prend lui-même les décisions qui le concernent, sous couvert d’une négociation contractuelle.”*

### **III-3) Et donc deux formes d’éthique**

- l’une fondée sur la bienfaisance
- l’autre sur le respect de la volonté de la personne

## **IV- CAUSES DE CONFLIT EN RÉÉDUCATION**

- référence :

M. Vaillancourt et E. Viel

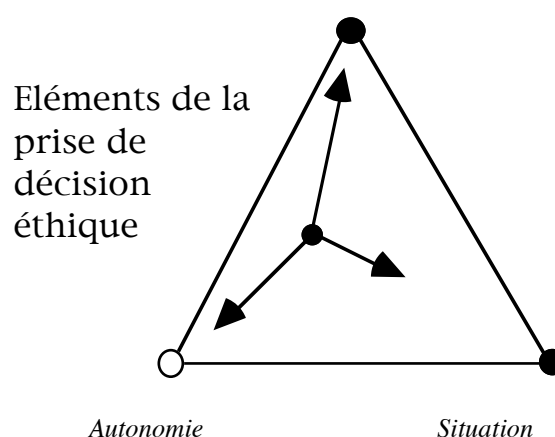
- confidentialité (secret médical)
- divulgation de la vérité (droit de réserve)
- expérimentation sur des sujets humains
- conflits avec les patients qui refusent le traitement prescrit
- mise en priorité des patients pour l’accès aux traitements
- divergence entre la prescription et les croyances personnelles du thérapeute
- refus de prise en compte des attentes d’un patient qui exprime une opinion contradictoire
- poursuite du programme thérapeutique pour des raisons psychologiques ou sociales, en dehors des objectifs de traitement habituels.

## **V- MÉTHODOLOGIE ACTUELLE DE DISCERNEMENT**

- référence :

RB. Purtillo et C. Cassel (1981), cité par M. Vaillancourt et E. Viel

- recueillir l’information pertinente ;
- identifier le dilemme ;
- décider de ce qu’il faut faire ;
- passer à l’action.



## **VI- ETUDE DE CAS DE CONFLITS ÉTHIQUES PROPOSÉS PAR L'ASSOCIATION SUÉDOISE DES ERGOTHÉRAPEUTES (1992)**

Analyse de 3 cas pouvant se rencontrer en Ergothérapie.

### **CONFLITS ÉTHIQUES DANS LES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES D'ERGOTHÉRAPIE**

#### **ÉTUDE DE CAS**

#### **CAS N°1**

##### **Description**

Le patient A et le patient B ont besoin d'une même aide-technique. Celle-ci a été commandée depuis plusieurs semaines. En raison des délais de livraison, un seul article est arrivé. Le patient A est un homme de 45 ans souffrant de sclérose en plaques. Il attend l'aide-technique depuis plus longtemps que le patient B, homme de 45 ans aussi souffrant sévèrement d'un cancer et qui est maintenant traité chez lui en phase terminale de sa vie.

##### **Analyse proposée**

A et B devraient être considérés comme étant autorisés à utiliser l'aide-technique, mais à cause des circonstances, les droits de ces personnes ne peuvent pas être satisfaits simultanément. Les droits des deux patients sont en conflit.

##### **Questions à envisager**

- A qui donnerez-vous l'aide-technique ?
- Pouvez-vous établir les raisons de votre choix ?
- Pouvez-vous formuler une règle pour décider des priorités dans un cas comme celui-ci ou similaire ?

- Quelles raisons peuvent être établies en général pour faire passer les droits d'un patient avant ceux d'un autre ? (L'âge importe-t-il ? Les probabilités d'une rééducation réussie jouent-elles un rôle ? Est-ce que la situation sociale du patient importe ?)

## CAS N°2

### **Description**

Un groupe de patients se rencontre régulièrement dans les locaux d'ergothérapie. Récemment, un des patients, une femme de 70 ans atteinte de démence pré-sénile, dont l'état s'est nettement aggravé, a commencé à se comporter de telle sorte qu'elle dérange le groupe. Elle crie continuellement qu'elle veut rentrer chez sa mère. Le médecin cherche à savoir si c'est pareil dans le service mais découvre qu'elle y est plus calme.

L'infirmière responsable du service considère qu'on doit donner sa chance à cette patiente de sortir du service et ne peut comprendre que le médecin se questionne quant à la nécessité de ce type d'activité.

Il est totalement impossible de mener une activité de groupe quand la patiente est présente et le médecin annonce sa décision à la prochaine réunion : la femme ne sera pas autorisée à poursuivre les activités de groupe.

Cette décision provoque des effets néfastes sur les autres patients du groupe, depuis que le personnel du service insiste pour que si cette femme ne peut aller en ergothérapie alors les autres patients ne devraient pas non plus y aller, et donc l'activité de groupe serait annulée. L'ergothérapeute adhère à la décision du médecin car elle considère que celle-ci est basée sur une évaluation valide.

### **Analyse proposée**

La patiente et les autres membres du groupe sont tous autorisés à faire de l'ergothérapie. La conduite de cette femme rend impossible de satisfaire tous ces droits en même temps. Le médecin cherche à résoudre ce conflit en établissant des priorités. L'ergothérapie doit être donnée au plus grand nombre. Le conflit ici est entre les droits de différents individus à bénéficier d'ergothérapie. Les demandes du personnel du service majorent le conflit.

### **Questions à envisager**

- Comment auriez-vous agi dans cette situation en tant que médecin ?
- Si vous aviez été contraint de décider des priorités, auriez-vous pris la même décision ? Quelles raisons fondent votre point de vue ? Pouvez-vous formuler une règle pour établir des priorités ? Ou pensez-vous que ce cas est spécial ?
- Pouvez-vous trouver une solution qui satisfasse et les droits de la patiente et ceux du groupe en ergothérapie ?
- Êtes-vous obligés de souscrire aux demandes du personnel du service ? Que devriez-vous faire pour parvenir à un accord avec eux ?

## CAS N°3

### **Description**

Un homme de 45 ans est accueilli dans une clinique de santé mentale après une sérieuse tentative de suicide. Cet homme est profondément déprimé suite à la perte de son travail, où il était employé depuis vingt ans. De l'ergothérapie lui est prescrit. Au début, il est très

apathique mais après un certain temps, il retrouve un petit peu le goût de vivre et pourrait faire face à des activités quotidiennes. Il commence un programme d'apprentissage préparatoire en ergothérapie au cours duquel il entre en contact avec des personnes suivant le même traitement. Le patient exprime le souhait de vivre à la maison et de venir en séances thérapeutiques le jour. L'ergothérapeute encourage cette initiative convaincu que le patient pourra faire face. Cependant, une condition est posée c'est qu'il puisse faire un essai sur plusieurs week-ends. Pourtant, la femme du patient pose des questions sur les compétences professionnelles du thérapeute. Elle estime hors de question que son mari quitte la clinique. Elle ne croit pas que ce soit bien qu'il rentre au domicile même pour un week-end.

### **Analyse proposée**

Il s'agit d'un conflit entre les droits du patient et ceux de sa famille.

### **Questions à considérer**

- Quels droits sont les plus importants, ceux du patient ou ceux de sa famille ?
- Trouvez-vous une autre solution pour satisfaire les droits des deux parties ?
- Comment agiriez-vous en pareil cas ?

Hélène Hernandez  
pour ISCAM (02.1998)

Hélène HERNANDEZ  
16 rue de ..... 75000 PARIS - France  
Tél : 01 42 06 56 08

Paris, le 10 mars 1998

Cher.e.s Collègues,

Je m'adresse à vous car je prépare un mémoire sur *Éthique et Rééducation*, pour le diplôme de Cadre de Santé - Ergothérapie (formation suivie à Paris, à la Croix-Rouge Française en partenariat avec l'Université Provence-Aix-Marseille, Sciences de l'Éducation).

Aussi, je vous saurais gré de prendre quelques minutes pour répondre au questionnaire suivant et quelques secondes pour le glisser dans une enveloppe et me le renvoyer pour le 30 mars 1998. Ayez la gentillesse de le photocopier pour vos collègues. Si vous éprouvez des difficultés, contactez-moi, je vous enverrai des copies supplémentaires.

Merci infiniment de votre aide et je m'engage à vous transmettre les résultats si vous me faites connaître vos coordonnées (par pli séparé si vous voulez conserver l'anonymat).

Bien à vous,

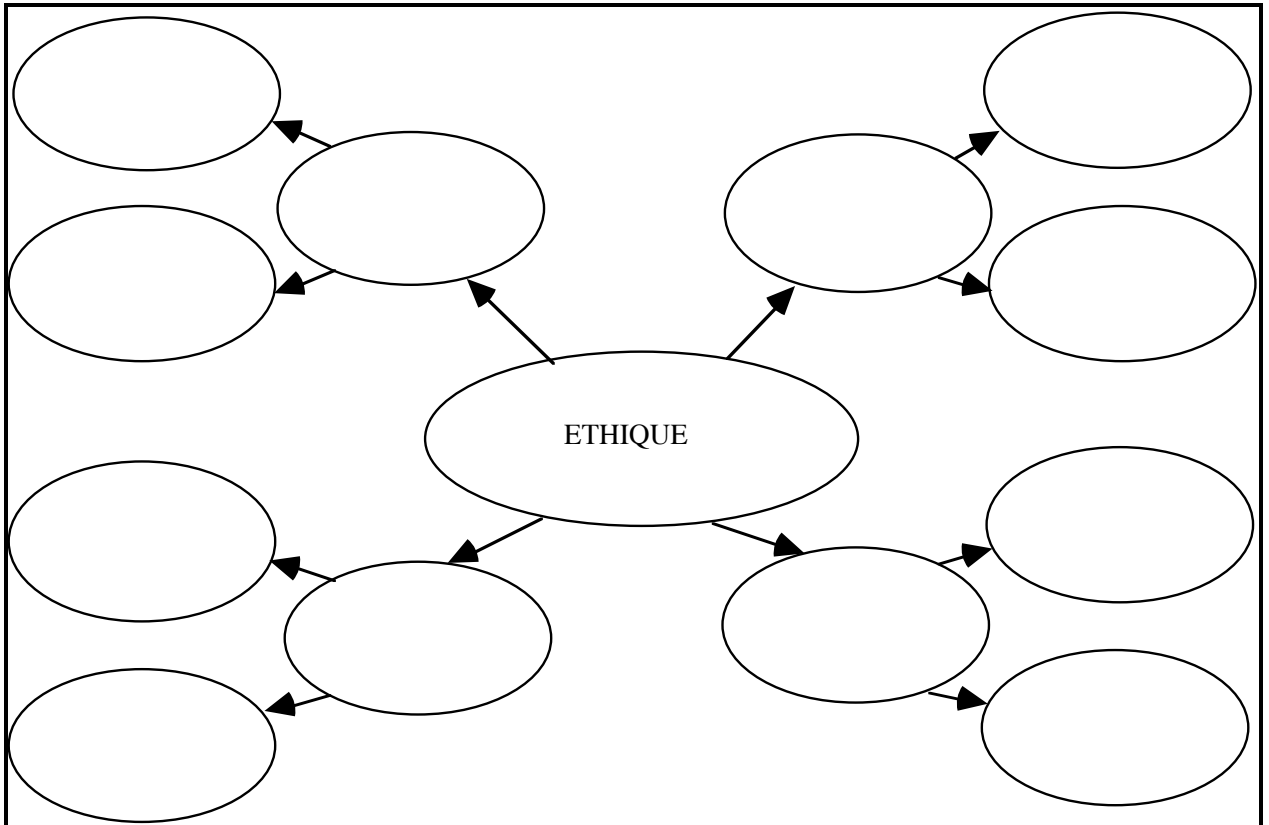
Hélène Hernandez

---

Cochez la case qui correspond à votre situation

Ergothérapeute <input type="checkbox"/>	Kinésithérapeute <input type="checkbox"/>	Pédicure-Podologue <input type="checkbox"/>	Formateur <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre, précisez <input type="checkbox"/>			
Date d'obtention du diplôme : .....		<b>Homme</b> <input type="checkbox"/>	<b>Femme</b> <input type="checkbox"/>
<b>AGE :</b>	20 à 29 ans <input type="checkbox"/>	30 à 39 ans <input type="checkbox"/>	
	40 à 49 ans <input type="checkbox"/>	50 à 59 ans <input type="checkbox"/>	plus de 60 ans <input type="checkbox"/>
<b>LIEU D'EXERCICE :</b>	Rééducation Fonctionnelle <input type="checkbox"/>	Réadaptation <input type="checkbox"/>	Psychiatrie <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
	Enfants <input type="checkbox"/>	Adolescents <input type="checkbox"/>	Adultes <input type="checkbox"/>
Personnes âgées <input type="checkbox"/>			

A partir du mot **ÉTHIQUE**, inscrivez dans les quatre cases de la première couronne quatre mots qui vous viennent à l'esprit. Puis à partir de chacun de ces quatre mots, inscrivez deux autres mots qui compléteront l'idée de chacun des mots de la première couronne.



Vous arrive-t-il de vous poser des questions d'ordre éthique dans le cadre de vos interventions ?

oui souvent       oui de temps en temps       oui peut-être mais je n'en suis pas sûr   
 rarement       non jamais       je ne sais pas

Dans quelles situations, vous êtes-vous posé des questions d'ordre éthique ?

1-

2-

3-

Quelle est votre définition de l'éthique ?

Pour votre profession, existe-t-il un Code éthique ?    oui     non     Le connaissez-vous ?    oui     non



Pensez-vous qu'il a aidé votre réflexion éthique dans certaines situations ?

oui  peut-être  non  ne se prononce pas

Le secret professionnel correspond-il à une question d'ordre éthique ? oui  non   
 ne se prononce pas

Est-il nécessaire de développer la réflexion éthique dans la profession ? oui  non   
 ne se prononce pas

Sous quelle forme ? Formation initiale  continue   
Articles  Réunions

Autre :

Suggestions ou commentaires :

## ANNEXE N° 6

### RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE

**Dans quelles situations vous êtes vous posé des questions d'ordre éthique ?**

Nous présentons l'ensemble des réponses en indiquant en marge le numéro d'enregistrement du questionnaire tel qu'il est répertorié parmi les 135 réponses.

- 1- Définition du cadre des groupes thérapeutiques.
  - Dans les relations duelles avec patients (la distance thérapeutique).
  - Le devenir des productions, la restitution du contenu des groupes, etc.
- 2- En réunion d'équipe pluridisciplinaire, par rapport à une attitude institutionnelle.
  - En relation duelle avec un patient, par rapport à mes interventions trop directives, trop personnelles.
    - Questionnement / pouvoir que je, que l'institution peut exercer sur une personne dépendante, vulnérable, le patient.
- 3- Professionnelles.
  - Situations d'aide.
- 4- Quand les conditions de travail ne sont pas respectées (beaucoup de malades dans une même salle).
  - Quand la pudeur des malades n'est pas respectée.
  - Quand un malade ne peut donner son avis, quand le thérapeute ou la tierce personne décide tout pour ce malade.
- 5- Doit-on nous même dire au patient ce que l'on pense de son état, quand il nous pose la question 50 000 fois, et que le médecin ne le fait pas lui-même.
  - Devant un patient dont l'état était le résultat d'un manque évident de nursing de la part du service d'origine.
- 6- Lors du travail des indépendances selon la culture de la personne.
  - Extrapolation des discussions sur un patient qui n'apporte rien pour un "mieux-être" de la personne.
- 7- Vis-à-vis des transmissions à faire.
  - Choix politiques.
- 8- Secret professionnel en dehors du lieu de travail.
  - Ce que j'entends par rapport au lieu de travail.
- 9
  - Choix et conceptions de matériels, d'installations.
- 10
  - Lors de soins auprès de polyhandicapés.
  - Devant des traumatismes crâniens graves.
  - Devant la caution que mon titre et ma présence donnent à mon chef d'établissement et les moyens que l'on me donne pour traiter mes malades.
- 11
  - Interruption de grossesse.
  - Placement d'enfants.
  - Secret professionnel.
- 13
  - Les limites de l'institution par rapport aux rôles des parents d'enfants handicapés pris en charge.
  - La responsabilité éducative du thérapeute vis-à-vis de l'enfant handicapé.
  - Le droit au respect et à la considération de l'enfant polyhandicapé.

- 15 - Cadre du secret professionnel.
- 16 - Conseils demandés par la famille.  
- Réactions de certains patients désinhibés.  
- Informations demandées par le patient ou la famille.
- 17 - Lors des réunions d'équipe : le sérieux des échanges ; la gravité de certaines situations (femme immature enceinte) ; employeur qui découvre la maladie de son employé ; présence de patients sidéens dans le service ; sexualité entre patients ; discussion autour de la charte du patient ; application de nouveaux traitements (médicamenteux et techniques de rééducation à la mode).
- 18 - Au sujet du secret professionnel, réorganisation de l'accès aux dossiers.
- 19 - Épreuves demandées pour l'observation d'un patient âgé, cas intéressant à publier, sans que le sujet soit demandeur.  
- Délai au-delà duquel on ne devrait pas réanimer un patient en anoxie cérébrale.
- 20 - En face de patients condamnés à plus ou moins long terme soit à cause d'une tumeur cérébrale, soit à cause d'une maladie dégénérative.  
- Arrêt du traitement chez certains patients aphasiques n'ayant pas récupéré et nécessitant encore une prise en charge.
- 22 - Dans la prise en charge de patients et particulièrement lors de l'évaluation.  
- Lorsque les patients sont déprimés et évoquent leurs problèmes.
- 23 - Dans le cas de prises en charge de patients atteints de tumeurs malignes pour lesquels on a entamé une évaluation.  
- Quand la famille demande des précisions diagnostiques ou "pronostiques" que le médecin n'a pas données.
- 25 - Acharnement thérapeutique.  
- Communication interpersonnelle.  
- Secret médical.
- 26 - Certainement souvent mais la plupart du temps inconsciemment.
- 27 - Soins douloureux et difficiles chez des personnes atteintes de maladies évolutives avancées.  
- Situations conflictuelles dites "éducatives" à la limite de la violence.  
- Décision d'hospitaliser ou pas dans des situations difficiles peut-être terminales à apprécier.
- 28 - Mon action, mes propos, ne vont-ils pas ajouter de la souffrance à de la souffrance.  
- Malgré la relation établie, le patient était-il prêt à entendre, ai-je employé les bons mots, au bon moment, ai-je interprété sa demande, son discours ?  
- Lors d'une décision de transfert, réflexion en équipe, décision médicale à laquelle tous se conforment.
- 29 - Notre façon d'être auprès des malades est-elle la bonne ? (notre conduite)
- 30 - I.V.G. et sida > plus précisément I.M.G. (interruption médicale de grossesse)  
- Eugénisme (étude des conditions favorables à la sauvegarde de la qualité génétique de l'espèce humaine).  
- Euthanasie.
- 31 - Discussion et réunion entre collègues.  
- Respect de la douleur.
- 33 - Lors de prise en charge.

- Lors de l'organisation du travail de l'ergothérapie.
- Lors de réflexion générale sur l'ergothérapie.
- 34 - La fin justifie-t-elle les moyens ?
- Le projet du thérapeute oui, mais pour quel projet de vie pour le patient ?
- 36 - Prise en charge de la douleur est-elle correcte ? Sommes-nous bien au courant des traitements ?
- Sommes-nous bien formés pour notre poste ?
- Travaillons-nous bien en équipe ?
- 37 - Dans le cadre du secret professionnel par rapport aux autres membres du personnel.
- 38 - Contact avec famille de patient.
- Transmission interéquipe dans l'institution.
- Contacts avec d'autres professionnels à propos des patients.
  
- 39 - Discussion d'un dossier avec d'autres professionnels et des patients.
- Informations données à un patient par un chirurgien.
- 40 - La prise en charge d'un patient jeune (25 ans) en fin de vie.
- La vérité au malade (tant au niveau diagnostic qu'au niveau pronostic).
- La fiv avec ixsi (*sic*) (interrogation n'ayant aucun rapport avec ma vie professionnelle).
- 41 - Discussion autour du diagnostic anté-natal et diagnostic pré-implantatoire.
- "L'acharnement thérapeutique" : recours à la trachéotomie ou non par ex.
- Le geste médical (ou chirurgical) accepté ou refusé : l'une ou l'autre des décisions pouvant être préjudiciable à la personne.
- Informations et discussions avec des familles autour de ces thèmes (suscités).
- 42 - Dans les relations directes avec les "usagers" du service.
- Dans nos relations avec d'autres professionnels autour d'une famille.
- 43 - En rééducation, imposer une rééducation à quelqu'un qui la refuse.
- En réadaptation, l'essence même de la réadaptation, notre rôle n'est-il pas de donner le choix ?
- 44 - Lors de certaines attitudes de collègues qui me questionnent "dans l'intérêt de l'enfant", etc.
- 45 - Par rapport à la mort.
- Par rapport à la sexualité.
- 47 - Secret professionnel : par rapport à ce que nous confie le patient, ce que l'on peut dire sur un patient.
- 48 - Limites du traitement (soignant).
- Choix du traitement (soignant).
- Libre choix du patient.
- 49 - Information du sujet pour tout acte le concernant (ou sa famille s'il n'est pas cohérent).
- Respect de l'intimité et de son histoire.
- Écoute de sa douleur et souffrance.
- 50 - Lors du changement de traitement médical selon l'évolution de la pathologie.
- Dans le domaine du secret médical.
- 51 - Dans la plupart des situations relationnelles.
- 52 - Id.
- Toilette et habillage.

- / famille et à la pathologie.
- 53 - Réveil des comas.
- Forcer un patient à se rééduquer.
- Attitude face à la famille d'un T.C.
- 55 - Vis-à-vis de techniques de rééducation prescrites par le médecin.
- Vis-à-vis de programme chirurgicaux prescrits par le chirurgien.
- Vis-à-vis de "l'acharnement thérapeutique".
- 57 - Rééducation de la marche chez des enfants qui n'auront jamais cette fonction de manière autonome.
- "Forcer" à un traitement qu'on sait être nécessaire mais refusé par l'intéressé.
- Intervention chirurgicale dont le résultat est aléatoire.
- 58 - Être parfois obligée de faire la rééducation à des enfants qui ont de gros problèmes psychologiques et qui n'adhèrent pas de leur plein gré à la rééducation (dénier du handicap, etc.).
- Face au secret professionnel, aux enseignants pour qu'un enfant intègre mieux en classe.
- 59 - Dire la vérité aux patients sur l'évolution de leur pathologie.
- Appliquer un traitement alors qu'il n'est pas accepté par le patient.
- Poursuivre un traitement (ex : la marche) alors qu'on sait qu'elle sera abandonnée dans les années futures.
  
- 60 - Application de certaines prescriptions médicales ou de certaines techniques.
- Mise en place de certaines techniques (Respi / Thérapie manuelle).
- Opposition du patient au traitement.
- Le rapport à la douleur : situations critiques.
- 61 - Par rapport à des interventions chirurgicales.
- Par rapport à des rééducations non acceptées par les patients.
- 62 - Partage de connaissances sur un dossier.
- Secret professionnel.
- 63 - Compatibilité : impératif de rééducation / isolement lié aux infections nosocomiales.
- impératif de rééducation / refus de l'individu.
- 64 - Vis-à-vis du secret demandé par un patient : pouvais-je le partager avec mes collègues ?
- Vis-à-vis de manque de respect de certains collègues à l'égard de patients jugés indignes de leur intérêt.
- Quand mes patients ne reçoivent pas l'assistance médicale dont ils ont besoin.
- 65 - Ne décide-t-on pas à la place du patient de ce qui est bien pour lui ?
- L'informe-t-on assez de la conduite de la rééducation ?
- 67 - Situations où ma responsabilité professionnelle est mise en jeu. (accompagnement de patients à l'extérieur). Sécurité.
- 69 - Conseil génétique.
- Conseil médical.
- Compétences professionnelles.
- 70 - Conflit relationnel avec un patient.
- Patient très atteint.
- 71 - Conscience professionnelle.

- Honnêteté.
- Sincérité.
- 72 - Dans quelle mesure intervenir dans la formation de couples de patients au sein du centre de rééducation ?
  - Faut-il pousser la rééducation dans une orientation différente des motivations de la personne lorsqu'elle n'est pas réaliste face à son avenir ?
  - Désir d'enfant chez un couple de patients non autonomes.
- 74 - Dans des cas où il me semble que l'équipe s'acharne à soigner.
  - Dans le cas où l'équipe veut imposer trop de changements dans le mode de vie d'un patient et que ces modifications me semblent causer plus de désagréments au patient que d'améliorations.
  - Dans le cas où les problèmes ou les manques d'organisation d'une équipe peuvent occasionner un inconfort pour le patient.
- 75 - Lors de relations avec les parents d'un enfant handicapé.
- 76 - Demande de patients hors cadre professionnel.
  - Demande des équipes dans un champ qui ne relève plus strictement des compétences ergo.
- 77 - Sécurité du patient (âgé) lors d'une mobilisation, d'un travail de transfert.
- 78 - Face à une mort prochaine et inévitable, doit-on s'acharner ou "faire comme si" (problème de choix d'équipe).
  - Des difficultés de relation entre équipes entraînant un mauvais suivi des patients.
  - Doit-on informer le patient d'une "nouvelle" que le thérapeute (médecin, le plus souvent) ou la famille ne veut pas, n'arrive pas à dire.
- 80 - Secret professionnel partiellement dévoilé.
  - Quand le soin devient un commerce et qu'il est question de rentabilité.
  - Quand le politique donne des passe-droits pour se faire soigner.
  
- 81 - Relation aux patients.
  - Relation interdisciplinaire : de moi aux autres et des autres à moi.
  - Relation à l'extérieur : dissociation de la vie privée et de la vie professionnelle.
- 83 - Limites de ma pratique.
  - Évolution de ma pratique.
  - Respect de ma spécificité.
- 84 - Révélation de la vérité (quand avenir sombre) ?
  - En psychiatrie, avortement d'une patiente schizophrène régulièrement internée ?
- 87 - Poursuite d'un protocole thérapeutique sans effet.
  - Réponse à l'agressivité d'un patient.
  - Divulgateur à l'équipe d'informations propre au patient recueillies en prise en charge individuelle.
- 88 - Face à la souffrance.
  - Face à la mort.
  - Dans le quotidien avec tous les problèmes relationnels.
- 89 - Divulguer lors d'une réunion interdisciplinaire une parole de patient lorsque celui-ci m'a demandé de n'en rien dire ?

- 90 - Problèmes avec des personnes sous tutelle ou sous curatelle.  
 - Soins médicaux et religion ou croyance.  
 - Questions concernant les limites de liberté des individus.
- 91 - Situations personnelles de parents étalées en réunion alors que ce n'était pas nécessaire et que parfois cela relève plus du manque de tolérance, cela ne nous concerne pas en tant que thérapeute. Où commencent les préjugés ?  
 - Dans la relation directe avec les parents d'enfants hospitalisés : que dire ? que ne pas dire ?
- 92 - Droit de réserve quant aux verbalisations des patients lors des séances individuelles.  
 - Patients dérogeant les règles institutionnelles (vols, consommation de toxiques, ...).  
 - Conflits dans l'équipe.
- 93 - Au niveau de l'information des familles.  
 - La façon de parler de la pathologie à la personne suivie en rééducation.  
 - Code de travail interdisciplinaire.
- 94 - Choix des traitements.  
 - Choix des orientations.  
 - Relation avec les familles.
- 95 - Dans la soumission de patients à des protocoles expérimentaux (projets de recherche).  
 - Relation avec les famille.
- 96 - Communication d'informations à caractère personnel en rapport avec le système de soin.  
 - Divulgarion et discrétion professionnelle lors de l'encadrement d'étudiants en stage.  
 - Réponse d'ordre médical en rapport aux questionnements du sujet soigné.
- 97 - Indication opératoire à discuter avec la famille d'une patiente encéphalopathe atteinte d'une scoliose structurale majeure, et fragile pour lequel le risque vital opératoire et per opératoire est majeur.  
 - Maladie handicapante et démarches effectuées pour sauvegarder le maximum d'autonomie possible dans la vie quotidienne.
- 99 - Les protocoles pour les mises en isolement de certains patients, et le traumatisme qui s'en suit.  
 - Le "pouvoir" soignant et son intrusion dans la vie des patients (liberté individuelle).  
 - Le bien fondé de certaines décisions d'avenir pour les patients.  
 - Les rapports entre soignants.
- 101 - Refus de soins.  
 - Secrets médicaux.  
 - Informations.
- 102 - Un malade refuse le soin, alors que c'est important pour lui. Doit-on le forcer ?  
 - Une personne âgée qui ne veut plus marcher alors qu'elle en a encore les possibilités.  
 - A l'inverse, faut-il dire clairement à certains patients hémiplegiques que la marche n'est plus possible ou qu'ils n'auront plus l'usage de leur membre supérieur.
- 103 - Posture (mise en place).

- 104 - Protocole agressif (qui sont remis en question des années plus tard).  
- Signalement d'une famille.  
- Respect de la famille malgré un désintérêt des soins.
- 105 - Sur les habitudes des soignants (médecins compris) face à des personnes soignées.  
- Sur le respect, le droit au calme, le droit à l'intimité, le droit d'être entendu (je parle pour le soigné).  
- Sur l'accompagnement à la mort, sur la liberté de l'individu, sur l'éthique du soignant et autres.
- 106 - Prise en charge d'un patient (ex : limites), conditions de la prise en charge  
- Relation avec les familles.
- 107 - A l'extérieur de l'établissement lorsque l'on demande des nouvelles d'un patient, lorsque l'on rencontre un patient.  
- Lorsque l'on forme des stagiaires (BEP, AS, etc.).
- 110 - Au travail.  
- Découvertes scientifiques.  
- Dans un travail relationnel.
- 111 - Mauvais traitements aux personnes âgées (ce que j'estime mauvais traitements).  
- Répondre à une demande de personnes démentes, émise dans un délire.  
- Prendre en rééducation des personnes âgées dont j'estime que le cas est désespéré et n'évoluera pas.
- 112 - Secret d'une confiance // aux membres de l'équipe, l'entourage du patient.  
- Les limites de ma responsabilité d'un choix de vie d'un patient que je n'approuve pas.  
- Ne rien dire = acquiescer ?
- 113 - Signalement d'enfant en danger.  
- Dire la vérité ou pas à certains parents.
- 114 - Dans le cadre de mes interventions à domicile, "confidences" faites par les familles.
- 115 - "Pouvoir" du professionnel de santé sur enfant et famille.  
- Respect des choix des patients.
- 116 - Désaccord avec des fonctionnements de service, avec une philosophie de service.  
- Importance de l'implication personnelle dans la relation avec un patient.  
- Qu'est ce que le soin ? Quel est mon (notre) rôle avec ces personnes ?
- 117 - Relation amicale avec des patients.  
- Transmission d'informations.
- 118 - Dans le cadre de pathologies évolutives.  
- Dans le cadre de rééducations qui n'avancent plus.  
- Dans les relations avec les familles (lors d'une visite au domicile).
- 122 - Lorsque les droits élémentaires des patients ne sont pas respectés : accueil, protection des biens, respect de la personne dans son intimité.
  
- 123 - Faut-il prendre en rééducation une personne qui verbalise un refus alors qu'elle en aurait besoin (d'un point de vue fonctionnel) ?



- Peut-on parler d'éthique quand on connaît certains types de prise en charge de patients (équipes démotivées, irrespectueuses, ...).
- 124 - "Vérité" par rapport aux adolescents, par rapport aux parents.
- Par rapport aux collègues : jusqu'où "couvrir" : le laxisme au quotidien, les erreurs, malfaçons, négligences, ...
- 126 - Où commence la médecine où finit la kiné ?
- Secret médical.
- 127 - Pronostics.
- 128 - Face aux autres enfants.
- Face aux parents.
- 129 - A table.
- 130 - Secret professionnel.
- Rapport enfants - parents - kinés.
- Enfants par rapport au kiné et au groupe.
- 131 - Questions de parents par rapport à d'autres patients que leur enfant.
- Respect de l'anonymat.
- Exécution d'un traitement semblant inadapté.
- 132 - Lors de soins kiné avec une personne en fin de vie : faut-il faire le soin ou laisser la personne tranquille ?
- 133 - Enfants orphelins qui questionnent : pourquoi ?
- Enfants aux maladies graves qui ne comprennent pas.
- Application de consignes qui paraissent injustifiées.
- 134 - Dans le cadre du secret professionnel.
- Observation d'un non respect ou d'attitude pouvant nuire aux patients.
- 135 - Respect du patient dans les services.
- Implication professionnelle des différents intervenants.
- Information du patient concernant sa maladie, etc.

## **ANNEXE N° 7**

### **RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE**

<b>Quelle est votre définition de l'éthique ?</b>
---

Nous présentons l'ensemble des réponses en indiquant en marge le numéro d'enregistrement du questionnaire tel qu'il est répertorié parmi les 135 réponses.

- 1 L'éthique : indispensable questionnement sur le sens de tout acte. Réflexion permanente.
- 2 C'est un ensemble de règles individuelles ou collectives que l'on se donne volontairement, que l'on questionne sans cesse, répondant au besoin d'agir dans le sens du "bien", notion à réévaluer constamment.
- 3 La limite à ne pas dépasser.
- 4 L'éthique est la prise en compte (si possible) de l'avis du malade et le respect dans toutes les situations (vie quotidienne, rééducation, consultations, traitement...).
- 5 Conduite à tenir dans les situations où le choix est d'ordre moral.
- 6 Morale qui prend en compte le respect de l'autre.
- 8 L'éthique c'est une morale commune.
- 9 Choix concertés, si possible au niveau d'un groupe, en fonction d'une morale commune, de règles établies dans ce but.
- 10 Une morale de société (en fait à relire des articles, c'est une science de la morale).
- 13 Code de conduite plus ou moins implicite dans notre profession et sujet aux polémiques dans les équipes.
- 14 Ensemble des règles morales qui s'impose aux professions médicales, paramédicales et autres.
- 15 Repères moraux exprimant les limites à la liberté d'action.
- 16 Les principes qui définissent la morale.
- 17 Respect de la morale au service de l'Homme.
- 19 Respect de la personne quelle que soit sa situation, ses antécédents, etc.
- 21 Respect des règles qui régissent la profession. Le profond respect que l'on doit avoir envers chaque malade, l'écoute de son "mal-être" qui n'est en général pas respecté.
- 23 C'est la conduite à tenir la plus adaptée pour le patient en fonction des données médicales, juridiques et psychologiques, en tenant compte de l'avis de la famille.
- 25 Réflexion sur les conduites humaines et les pratiques professionnelles en référence à la question du bien.
- 26 Application d'une morale, d'une conduite de vie.

- 27 Ensemble de convictions liées à la fois à l'expérience personnelle et à la pratique professionnelle essayant d'accorder la LOI et ma propre interprétation de celle-ci.
- 28 Aspect de la philosophie qui a à voir avec la morale des conduites humaines.
- 29 C'est une philosophie d'ensemble théologique, déontologique et de la raison qui se livrent bataille dans notre intérieur face à un problème qui touche autrui et de la conduite qu'on va adopter.
- 30 Science qui est en rapport avec les principes de la morale, c'est-à-dire du bien et des règles de l'action humaine. Elle intéresse le choix et la réflexion de chacun.
- 31 Respect physique et psychique de l'autre.
- 32 Tout ce qui concerne la morale.
- 33 Tout ce qui permet le respect de l'être humain (malade ?).
- 34 Le respect moral, individuel de l'intégrité du corps et de l'esprit de l'autre ; protection de l'individu.
- 35 Ensemble de principes moraux qui régissent nos actes.
- 36 Ensemble des notions qui vont définir notre activité dans le sens de la qualité - compétence - limites - objectifs - respect - secret professionnel.
- 37 Tout ce qui se rapporte à l'ordre moral dans le cadre d'une profession quelle qu'elle soit.
- 38 Code moral.
- 39 Réflexions et comportements concernant une profession en accord avec le droit ainsi que ses règles et principes liés à son exercice dans le but de codifier, responsabiliser et moraliser.
- 40 L'éthique, c'est la compétence.
- 41 Ce que le professionnel s'engage à respecter dans l'exercice de sa fonction en termes d'engagements, de responsabilités, de cadre moral, de droit, de devoir.
- 42 Devoirs et droits régissant une profession.
- 44 Est tout ce qui concerne la morale.
- 45 Qui concerne la morale.
- 46 Respect et écoute.
- 47 Code définissant les limites, les obligations de notre profession.
- 48 Code qui vise à définir le cadre d'exercice d'une activité.
- 49 Le sujet ne doit jamais disparaître au bénéfice de l'objet médical.
- 50 La morale de la profession sauvegardant la personne morale et physique.
- 51 Ce qui concerne le bien et le mal.
- 52 Ce qui concerne le bien et le mal (la morale), ceci est subjectif et dépend de la société dans laquelle on vit. L'éthique dépend donc de l'ethnie.
- 53 Règle implicite permettant l'activité humaine.
- 54 C'est ce que je m'autorise à faire, sans transgresser aucune règle (qu'elles soient professionnelles, juridiques, morales et médicales).
- 55 Ensemble de règles qui conduisent à adopter un comportement face à une situation.
- 56 Le respect des Autres dans leurs différences en maintenant un effort constant pour cultiver sa personne et établir l'harmonie dans le corps social.
- 57 Ensemble de règles de vie.
- 58 Règles établies pour le respect et le bonheur de l'homme, appliquées à une profession.

- 59 C'est la science de la morale, du bien et du mal.
- 60 Partie de la morale personnelle rattachée à une morale collective dont une part importante vise à rendre l'homme plus heureux.
- 62 Tout ce qui concerne les principes de la morale.
- 63 Ensemble des valeurs qui permettent d'adopter une conduite.
- 64 C'est une règle de conduite où l'intérêt des patients passe avant tout, où le soignant comme l'équipe doit toujours améliorer la qualité des soins.
- 66 La "morale de l'incertain". Elle appartient à tout le monde et chacun peut avoir une réflexion. C'est une réflexion permanente, individuelle ou collective face à certains problèmes anciens ou nouveaux qui concernent la personne humaine et pour lesquels les réponses ne sont pas uniques et standards.
- 67 Respect des règles professionnelles définies par l'ensemble des ergothérapeutes.
- 68 Règles de conduites professionnelles de l'ordre des responsabilités et du sens moral.
- 69 Ce qui est lié à la morale et au respect de l'être humain et de ses règles.
- 70 Morale professionnelle.
- 71 Respect de soi et de l'autre.
- 72 Le respect de l'individu dans la mesure où sa sécurité et celle des autres, sa dignité sont garanties.
- 73 L'éthique est fondée sur un comportement ; l'éthique de responsabilité a contrario de la morale et ses valeurs.
- 74 Ensemble des règles qui régissent la conduite professionnelle d'un individu, à l'exception des "règles" techniques.
- 75 Règles qui régissent le professionnalisme, jugement.
- 76 Code de conduite qui permet en référence de guider ses actions dans le respect d'autrui et de soi-même.
- 77 La conscience professionnelle + qualités personnelles.
- 78 En tant que rééducatrice, le respect du patient en lui donnant ce qu'il peut attendre de nous, en faisant abstraction de difficultés extérieures (équipe, personnels).
- 79 Repères moraux.
- 80 Moralité dans l'exercice professionnel.
- 81 Ensemble de règles définies ou virtuelles, qui régissent les relations interprofessionnelles pour le respect de chacun.
- 82 Morale, règle, jugement, partialité.
- 83 Maintenir une spécificité professionnelle, en l'adaptant aux besoins et techniques nouvelles.
- 84 C'est un positionnement moral par rapport à une situation.
- 85 Morale protégeant les patients et les professionnels dans le cadre des soins.
- 86 Quête du bien, régie par certains principes de morale, avec des limites, afin de protéger l'être humain et plus globalement l'humanité.
- 87 L'éthique recouvre une "certaine idée" de la relation à autrui et de l'engagement en tant que thérapeute. Alchimie complexe, difficilement codifiable, et qui allie des valeurs "universelles" reconnaissables par tous et non négociables (ex : la déontologie) aux valeurs singulières de chacun (philosophie, empathie, ...).

- 88 Ensemble de règles ou de principes moraux permettant de maintenir une relation d'amour entre les êtres en respectant leur individualité et leur intégrité physique, mentale et spirituelle.
- 89 Respect du secret professionnel afin de ne pas nuire à l'intégrité du patient.
- 91 Une façon de se comporter du point de vue professionnel qui soit utile pour le patient et les professionnels et respecte chacun. Un engagement de la part du soignant.
- 92 Engagement personnel dans l'exercice de ses fonctions, par rapport à certaines règles d'ordre professionnel, civique, moral. Elle est à la base du cadre de travail.
- 93 C'est l'ensemble des informations, décisions et modes d'actions qui régissent les prises en charge.
- 95 Faire preuve d'un comportement qui soit le plus favorable possible au patient.
- 97 Discipline qui aide par ses réflexions à adapter au mieux la prise en charge de problème de santé grave : touchant au respect de la vie, de la dignité de l'homme.
- 98 Ensemble de principes moraux qui régissent notre société.
- 99 Science de la morale.
- 100 Le sens de la responsabilité et le sentiment de respect des autres.
- 101 S'occuper de son patient en sachant écarter ses problèmes et ses revendications, en tenant compte de sa personnalité de façon à agir en fonction de lui et non en fonction d'une théorie.
- 104 Respect de la personne par rapport à la déontologie du métier, à ses limites propres.
- 105 C'est préserver l'individu contre toutes "dérives" pouvant toucher gravement son intégrité morale et physique, son devenir et le devenir de l'homme dans son ensemble.
- 106 Réflexion individuelle face à des questions de vie en société mettant en jeu la morale, la philosophie, le politique.
- 107 Respect du secret professionnel et du patient ainsi que du milieu médical.
- Ensemble des lois qui régissent les professions médicales.
- 109 Loi qui concerne la morale et la bienséance dans une profession, ou plus généralement par rapport à la morale.
- 110 Morale laïque, respect de la vie, du libre arbitre.
- 111 Respect de l'Autre et de soi.
- 112 La science des règles de ce qui est bien ou mal de faire. Repérer les références qu'elles soient professionnelles, culturelles, projectives.
- 113 Ensemble de règles morales que chacun essaie de se fixer, personnellement ou professionnellement, pour préciser les limites de ses attitudes ou actions envers d'autres personnes.
- 114 Sur le plan professionnel et personnel : sens de la responsabilité de mes actes et leurs conséquences ; et sur le plan général : "code" entre êtres humains réfléchissant et décidant de la possibilité ou non d'exploiter des découvertes scientifiques...
- 115 Règles de conduite et de morale d'un ensemble de personnes permettant de protéger les individus (voire l'humanité).
- 116 Réflexion sur la pratique professionnelle et ses conséquences.
- 117 Ensemble de règles d'ordre moral en dehors des lois.

- 121 Code de conduite morale dans le domaine de la vie privée et dans celui de la profession plus précisément.
- 124 Ensemble de principes qui règle la conduite de chacun (ou d'un groupe) par rapport à ce qui est bon ou édifiant dans la société dont il fait partie.
- 126 Une morale professionnelle. Déontologie = Éthique ?
- 127 Ordre "moral".
- 128 Code moral en rapport avec la profession.
- 130 Moralité dans une activité professionnelle.
- 132 Tout ce qui est en rapport avec l'ordre moral et les questions d'humanité.
- 133 En accord avec mes propres valeurs morales.
- 134 Ensemble de règles morales.

## ***ANNEXE N° 8***

## RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE

<p style="text-align: center;"><b>Sous quelle forme développer la réflexion éthique ? Rubrique "AUTRE"</b></p>
--

Nous présentons les réponses en indiquant en marge le numéro d'enregistrement du questionnaire tel qu'il est répertorié parmi les 135 réponses.

2Y compris hors de la profession en elle-même, plus au niveau de l'institution, de l'équipe.

27 Colloques non de formation professionnelle mais d'enrichissement individuel avec des ateliers de petite taille pour permettre à chacun de s'exprimer, sur ce qu'il a de mal à croire, respecter, ...

55 Assises nationales.

74 Tous les moyens sont bons, chacun y trouvera sa place.

110 Les médecins avec qui je travaille sont aussi très concernés. C'est un problème qui concerne beaucoup de monde.

## ANNEXE N° 9

### RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE

<b>Commentaires ou suggestions</b>
------------------------------------

Les repères, pour chaque commentaire suivant, indiquent en premier le numéro d'enregistrement du questionnaire tel qu'il est répertorié parmi les 135 reçus (quand ce n°. est souligné, le répondant souhaite les résultats du questionnaire), puis le métier du répondant (E = ergothérapeute, K = kinésithérapeute, O = orthophoniste, M = médecin) puis l'année d'obtention du diplôme de formation initiale.

- 1- E 1982.
- 2- E 1987 - Je ne sais pas si l'éthique peut se "mettre en code". ≠ déontologie.
- 3- E 1979 - Sujet à la mode, pourtant essentiel. Difficile de ne pas tomber dans le "bateau".
- 4- K Cadre de Santé 1974 - Trop important pour ne pas utiliser toutes les formes d'information.
- 5- E 1991 - Le plus difficile dans la compréhension du mot éthique, c'est de faire la différence entre ce que la société considère comme étant morale et nos valeurs personnelles qui sont parfois un peu en décalage. Le secret professionnel étant une obligation (code de déontologie), on n'a pas à se poser de question d'ordre éthique même si parfois on trouve que la loi est mal adaptée à certaines situations.
- 8- E 1997 - Très content de voir que des ergos s'intéressent à des concepts philosophiques.
- 9- E 1985 - Peu importe la forme mais peut-être serait-il intéressant que le groupe soit d'une part pluridisciplinaire et d'autre part diversifié : que le citoyen et pas seulement le professionnel soit représenté : professionnels, et usagers, familles, amis.
- 10- M 1973 - Merci de m'avoir obligée à réfléchir sur ce sujet, autour duquel tournent toutes nos actions médicales, nos réactions face à des situations difficiles, ou des restrictions budgétaires... Sans que je n'aie jamais cherché à en approfondir la définition, je "faisais de la prose sans le savoir".
- 11- E 1980.
- 12- E formateur et psychothérapeute 1970 - Pour comprendre le concept d'éthique, pour ma part il me faut une référence philosophique : Aristote - Hippocrate - Ricoeur. Dans certains cas, notre culture spirituelle ou religieuse (judéo-chrétienne) est à tenir compte.
- 15- E 1995.
- 17- E 1988 - L'éthique est un code de conduite générale.
- 18- E 1976 - L'éthique est un sujet très peu abordé. une réflexion approfondie et la connaissance de textes éventuels pourraient apporter à tous les professionnels.
- 19- O 1996.
- 20- O 1979 - Cours de psychologie abordant la prise en charge des patients en phase terminale (tumeurs cérébrales, S.L.A., maladies dégénératives diverses), etc.



- 21- Éducatrice spécialisée 1969 - C'est à chacun de développer en soi son sens et sa réflexion "éthique" dans le cadre où il évolue.
- 24- 1966 - De quelle éthique parle-t-on ? De l'éthique de soins, de l'éthique du travail social et médico-social, de l'éthique de l'éducation ?
- 25- O 1974.
- 27- M 1971 - L'éthique est avant tout une forme d'esprit ouvert à la discussion comme à la remise en question, à la tolérance... C'est plus le résultat d'une longue éducation que d'une formation.
  
- 28- E 1996.
- 32- E 1990 - Il me semble difficile de développer une réflexion éthique en groupe puisque chacun a sa propre définition et ses propres valeurs morales.
- 38- Cadre de Santé K 1988 - Peut-on faire de l'éthique sans le savoir ? Éthique ≠ Déontologie.
- 39- K 1992 - Cours de 2<sup>ème</sup> année de kinésithérapie, comme dans les autres formations d'auxiliaires médicaux !
- 40- E 1995.
- 43- E 1979 - La dimension éthique doit être présente dans les cours dispensés en formation initiale (souvent elle l'est). Peut-être faudrait-il la pointer pour en faire prendre conscience aux étudiants. Une réflexion éthique peut également être envisagée en formation continue. Mais n'existe-t-elle pas au sein d'un service par le biais d'une confrontation avec ses collègues.
- 46- E 1990.
- 47- Cadre E 1975.
- 49- K 1967 - Il serait bon d'insister sur le secret professionnel et préciser en quoi il consiste et non sur les implications de son non respect.
- 52- E 1996 - Situation professionnelle comme stage.
- 55- Cadre de Santé 1995 - Le respect du patient implique que le soin prodigué le serve, et qu'il ne serve pas en premier lieu le thérapeute. Cf. Balint : qui soigne qui?
- 56- K 1969 - Cf. Confucius. Tout commence par la piété filiale et donc l'éducation parentale.
- 60- K 1986.
- 62- E 1983 - Il faut pouvoir au quotidien interpellé quelqu'un (un collègue) ou accepter de se faire interpellé pour le non respect de l'éthique : il faut être vigilant.
- 63- O 1978.
- 64- E 1973 - Comment juger sa propre éthique et encore plus celle de ses voisins ? Quel intervenant extérieur, auréolé de sagesse, peut définir des règles de conduite capables de convenir à toute une équipe ? Et en cas de conflit, le conseil de l'Ordre des médecins a-t-il un "label" éthique grand teint ? Votre mémoire proposera-t-il des solutions nouvelles ?
- 66- E 1989.
- 71- K 1962 - Ne regarde que soi, ne pas être moralisant.
- 72- E 1997 - Il s'agit là d'un sujet délicat, mais néanmoins intéressant, car il existe autant de définitions de l'éthique que de rééducateurs (ou d'intervenants au sens large) que de patients. De plus la différence entre théorie et pratique est notable, comme partout.
- 74- E 1991 - L'existence d'un code ne résoudra jamais tous les problèmes d'éthique, dans des professions où nous nous adressons à des individus très différents les uns des

autres, dont les attentes sont parfois opposées. Attention aux limites très contraignantes et aux recettes. Par contre, je pense qu'il faudrait introduire, dans les habitudes des équipes, des réflexions sur l'éthique, au sein des établissements et à l'extérieur de ceux-ci, avec confrontation des différents vécus.

- 75- Psychomotricien 1995 - L'utilité d'un code est secondaire, chacun doit percevoir dans ce terme, une remise en cause, qui est donc situationnelle, et qui est donc très difficile à déterminer sur du papier.
- 76- E 1985 - Il existe dans d'autres pays (notamment au Québec) un conseil de l'Ordre des ergothérapeutes. Peut-être favorise-t-il le questionnement de l'éthique ?
- 77- E.
- 78- E 1987.
- 79- E 1986.
- 80- E 1991.
- 88- K 1972 - L'éthique, tout en étant une affaire de groupe, est aussi une réflexion personnelle en évolution permanente en fonction de la démarche de chacun.
- 89- E 1988 - Je ne suis pas certaine de savoir ce que veut dire réellement le mot éthique que j'associe rapidement à secret professionnel. Dans le dico, éthique = morale médicale? Tout ceci reste flou pour moi.
  
- 90- E 1994 - Il est difficile de répondre sans pouvoir donner des exemples.
- 91- E 1987 - Le respect des règles définies comme le code d'éthique est remis en cause chaque jour dans nos fonctionnements institutionnels. Il me paraît important qu'il y ait un intervenant si possible extérieur qui puisse faire réfléchir l'équipe.
- 93- E - J'aimerais que vous me teniez au courant de votre travail et s'il est possible dans l'avenir de recevoir un de vos mémoires. Bon courage.
- 96- E 1993 - Votre démarche est très intéressante. Nous avons effectivement un certain nombre de questions en rapport avec notre éthique professionnelle. Je serais intéressée par les résultats de votre enquête qui pourraient être une aide efficace dans ma pratique. Bon courage.
- 98- Cadre K 1967.
- 99- E 1989 - C'est un sujet très pertinent, qui m'intéresse beaucoup, sur lequel je ne me suis pas encore documenté. J'aimerais en avoir un retour. Merci
- 101- Psychiatre - Questionnaire trop directif, surtout quand il s'agit ... d'éthique.
- 102- K 1974- Il faut que chacun ait sa propre éthique, mais il faut surtout que l'ensemble de l'équipe aille dans le même sens, et ait un but commun pour le patient qui est : son bien-être. Il faut toujours oser exprimer ce qui ne va pas pour chercher une solution en commun.
- 105- E 1978 - Je confonds volontairement le mot éthique et charte, car c'est un travail que nous faisons actuellement au sein de notre maison de retraite (en équipe). L'éthique y est toujours sous-jacente.
- 110- E 1986 - Difficile de répondre vite sur un problème important. Les médecins avec qui je travaille sont aussi très concernés, c'est un problème qui concerne beaucoup de monde.
- 112- E 1986.
- 113- K 1984 - Je pense que l'éthique restera toujours une notion très personnelle, très variable selon les individus. D'où la nécessité du Comité National d'Éthique, qui à mon sens, ne peut que définir les limites à ne pas franchir.
- 115- E 1982.

- 116- E 1991 - Sujet difficile à aborder, très abstrait. Trop peu abordé dans la pratique quotidienne.
- 121- E 1975 - Merci de me faire connaître les résultats et j'aimerais que vous m'indiquiez où trouver le texte du Code Éthique de notre profession : Journal ou Bulletin de Liaison ?
- 122- E 1983.
- 123- E 1996 -Bon courage pour ce vaste sujet.

## ***ANNEXE N° 10***

### ***RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE***

<b>Lettres à part</b>
-----------------------

Les repères, pour chaque commentaire suivant, indiquent en premier le numéro d'enregistrement du questionnaire tel qu'il est répertorié parmi les 135 reçus (quand ce n°. est souligné, le répondant souhaite les résultats du questionnaire), puis le métier du répondant (E = ergothérapeute, K = kinésithérapeute, O = orthophoniste, M = médecin) puis l'année d'obtention du diplôme de formation initiale.

*Un certain nombre de courriers accompagnait le retour des questionnaires.*

*Parmi ceux-ci :*

- 14- E 1997 - (...) c'est avec plaisir mais difficulté que j'ai rempli votre questionnaire.

- 24- Éducateur-Directeur 1966 - (...) C'est un sujet qui nous préoccupe, à tout âge dans notre secteur professionnel.
- 34- Cadre de Santé K 1988 - C'est avec grand intérêt que nous avons tenté de répondre à votre demande : l'éthique est un sujet parfois difficile à aborder, même si tous les jours, dans nos pratiques, nous y sommes confrontés. Voici donc un panel de réponses qui permettront d'enrichir votre démarche. Personnellement, j'ai regretté que ce sujet n'ait pas été plus développé au cours de l'école des cadres, et c'est pourquoi, je serais intéressé par la connaissance de votre travail.
- 53- E 1978 - (...) Je te confirme notre souhait de te voir intervenir sur le sujet en octobre ou décembre 1998 aux Journées d'Ergo AP-HP. Bon courage.
- 116- E 1991 - Le sujet est passionnant mais il demande un certain temps de réflexion, au moins un temps pour "se poser" - chose qu'on fait rarement concernant l'éthique. Vous souhaitant bon courage.