

LA DISCUSSION EN ÉQUIPE: quelles paroles engagées pour quel engagement du professionnel?

DOMINIQUE JACQUEMIN

Enseignant chercheur. Centre d'éthique médicale

Faculté libre de médecine. Université catholique de Lille

Courriel : dominique.jacquemin@icl.lille.fr

Résumé: Prenant appui sur l'expérience belge où la loi (22 mai 2002) permet, moyennant certaines conditions, une pratique de l'euthanasie, l'auteur s'interroge sur les possibilités réellement offertes aux professionnels de prendre la parole. Il postule l'importance de pouvoir interroger tout ce qui constitue le professionnel dans son identité de sujet humain en vue de maximaliser le plus de cohérence possible entre son identité de sujet et son action, qu'elle soit acceptation ou refus de la demande d'euthanasie. Trop souvent réduite à une dimension professionnelle et d'efficacité, la parole échangée ne permet pas toujours de se situer comme sujet éthique. Il reste cependant à s'interroger sur la légitimité de l'interrogation éthique à ouvrir, au cœur des pratiques professionnelles, des interrogations trop proches de l'identité personnelle du soignant.

Mots-clés: EUTHANASIE, PAROLE, ÉTHIQUE CLINIQUE, IDENTITÉ ET INTÉGRITÉ MORALE, SPIRITUALITÉ.

INTRODUCTION

Être confronté, à titre individuel ou en équipe, à une demande d'euthanasie représente bien une situation qui nous sollicite non seulement dans notre identité de professionnels – nous sommes mandatés pour soigner, guérir – mais également en plein cœur de notre subjectivité, de ce qui nous sollicite comme sujets humains. En ce sens, une parole personnelle et commune ne se donnera pas immédiatement, et pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, il est évident que le fait de l'euthanasie nous délocalise de nos référentiels et de nos valeurs habituels, d'une certaine manière de voir l'existence: semblable demande peut introduire une dimension de tragique au cœur de laquelle nous nous trouvons en tension entre un accueil bienveillant, pressenti comme nécessaire, et une volonté d'évitement, voire de refus. Il n'est pas toujours aisé de se le dire à soi-même ou de le partager. Nous pouvons également être traversés par certains paradoxes: entre la pleine miséricorde et le jugement, entre la sollicitude compréhensive et l'incompréhension, entre le devoir de compétence et la tentation de fuir, entre le



questionnement de notre rapport à la norme et le désir de ne pas le remettre en cause, entre la volonté d'être prophétique dans nos comportements, nos décisions et le plein accueil de l'autre dans son expérience de souffrance.

En ce sens, risquer une parole sur une demande d'euthanasie peut représenter une épreuve tant psychique que spirituelle. Pourquoi? Elle touche en nous des zones très profondes de ce qui nous constitue dans l'attachement à la vie, dans la solidarité que nous pressentons comme une donnée constitutive de l'humain, sans parler du rapport possible à la transgression et à la culpabilité. De plus, la provocation de cette question, de son accompagnement, de sa discussion et de l'éventuel passage à l'acte nous renvoie à ce qui nous constitue comme humain dans le rapport à la vie et à la mort, à l'idéal de l'existence et de la vie bonne, à l'image du corps, du handicap, à la réalité de la souffrance qui, d'une manière ou l'autre, s'inscrit sans cesse dans nos expériences personnelles et dans la manière dont nous y faisons face. C'est bien pour cette raison que le fait de devoir mettre des mots sur cette réalité et de les partager conduit au questionnement spirituel, c'est-à-dire à la question du sens, et pour le croyant, à la question de la foi, de ses images de Dieu, de son appartenance à l'Eglise. Et, derrière toutes ces questions se profile encore la manière dont nous nous pressentons comme sujet au cœur de la demande certes, mais également de la discussion qui l'entoure: être présent, est-ce cautionner un comportement? Cela, pour évoquer le lieu profond et parfois négligé entre moralité-identité du sujet et son rapport à l'action.

Il faut également insister dès le départ sur une autre difficulté: le rapport présumé à la décision lors de la discussion en équipe. En effet, dès les premiers instants, dès la question posée, la question de la décision – et la réalité de ses indéniables conséquences – risque d'être omniprésente tant il est manifeste que le professionnel fait immédiatement l'expérience d'un réel engagement au cœur d'une situation qui, d'une manière ou de l'autre, pourra difficilement rejoindre l'idéal dont il se trouve porteur. Toujours,

lors de la discussion, nous sommes confrontés à la difficile question: comment oser une véritable parole, permettre un accompagnement et une réflexion qui n'enferment aucun des acteurs dans un comportement *a priori*?

Ces quelques préalables peuvent sembler bien longs, mais ils sont importants à nos yeux pour poser la problématique de la discussion en équipe si, ce dont il est question de débattre, engage manifestement l'existence, celle du patient, mais aussi la nôtre puisque c'est bien au point de vue du professionnel en équipe que nous voulons nous arrêter ici.

En effet, c'est bien ce rapport à l'engagement de l'existence que j'aimerais envisager ici. Je ferai l'hypothèse que la parole engagée devrait renvoyer le professionnel à tout ce qui l'inscrit dans l'existence, que la seule considération d'une parole professionnelle ne peut suffire, car c'est bien un sujet, dans tout ce qu'il est, qui se doit de prendre la parole, de discuter et de prendre une décision de refus ou de passage à l'acte. J'aimerais également montrer que différents niveaux de souffrance peuvent être engagés dans la discussion et qu'il importe de ne pas les confondre, particulièrement derrière une parole qui semblerait être «à sens unique». Or, s'il est bien question de se rendre compte que l'engagement du professionnel le touche dans tout ce qu'il est et vit, il sera question d'être prudent dans l'ouverture du débat éthique, d'argumentation critique pour permettre à la fois le respect de la subjectivité du professionnel – ce qui relève du travail et du privé – et la capacité de ne pas se tromper de niveau dans la compréhension et l'interprétation de ce qui se trouve engagé dans la discussion d'équipe.

LE PROFESSIONNEL CONVOQUÉ COMME ÊTRE SPIRITUEL

Dans un premier temps, nous aimerions indiquer que, dans les débats d'équipe relatifs à l'euthanasie comme dans tout processus discursif engageant des questions d'existence, c'est bien le sujet





professionnel comme sujet spirituel qui se trouve sollicité. La compréhension de cette profondeur de l'inscription subjective de la question traitée devra nous permettre, ultérieurement, de proposer quelques points d'attention spécifiques pour le débat éthique.

Mais parler de sujet professionnel comme sujet spirituel nous impose d'être au clair sur nos propres référentiels, c'est-à-dire sur une « définition » de la spiritualité : la vie spirituelle est à penser comme un mouvement portant l'existence et porté par le sujet professionnel, incluant d'une manière inséparable le corps, la dimension psychique, éthique et religieuse-transcendante de la vie du sujet.

Tout d'abord, insistons sur l'aspect inséparable des quatre dimensions qui constituent l'humain comme sujet, quatre dimensions en interrelation profonde qui, dans leur mouvement, portent le sujet tout en même temps que ce dernier les porte : le corps, la dimension psychique, éthique et religieuse-transcendante de l'existence. Il importe de souligner ce lien car le déplacement, l'affectation d'une seule de ces dimensions va concourir au déplacement de ce qui pose un sujet singulier dans la totalité de son existence. Pour bien nous comprendre, prenons quelques exemples. Lorsqu'une personne connaît une atteinte en son corps, c'est la totalité de sa vie qui se trouve conduite en un autre mouvement ; atteint d'une pathologie grave, le patient va se trouver atteint dans son équilibre psychique, parfois remis en question dans la visée du bien de ce qu'est sa vie ou remis en cause dans sa foi, ses représentations de Dieu. L'importance de certains soucis pourra conduire à des troubles somatiques (hypertension, troubles de la digestion, maux de dos...). Une dépression, quelle qu'en soit la cause, pourra également se manifester par le langage du corps (amaigrissement, fatigue...). L'interrogation éthique, dans ses perplexités et ses incertitudes de l'action, pourra avoir des répercussions dans le rapport au corps et à l'esprit lorsque le sens du bien, l'incertitude de son propre devenir mine le sujet. Tout cela pourra se traduire, pour le sujet croyant atteint d'une maladie le fragilisant, en révolte, en remise en question de la présence, de

la justice de Dieu, avec toute les répercussions que cela peut avoir quant à la compréhension du sens de l'existence et à une manière d'habiter le monde. Des questions similaires peuvent évidemment atteindre le professionnel dans son identité de sujet, même s'il ne vit pas l'affectation d'une manière similaire au patient ; il reste cependant touché par ce qui lui advient au cœur de la relation de soin et de la demande singulière qui lui est faite.

Appréhender de la sorte la spiritualité comme mouvement d'existence reposant sur quatre pôles inséparables n'est pas sans conséquence. Tout d'abord, chacun de ces pôles – le corps, la vie psychique, l'éthique, le religieux-transcendantal – représente à égalité des voies d'accès possibles à la vie spirituelle et chacun, en son ordre propre, y concourt avec des répercussions toujours possibles sur les autres. L'articulation conjointe des quatre pôles représente une invitation à ne pas parcelliser le sujet tout comme elle invite à ne pas se tromper de réponse dans la rencontre de sa souffrance, qu'on y ait accès par le corps, la vie psychique, l'interrogation sur le sens de l'existence et de l'action ou par la question de Dieu, de la foi. Or, lorsqu'il est question de « discuter » d'une demande d'euthanasie, quels niveaux de notre existence s'y trouvent engagés – la représentation du corps, des enjeux psychiques, des valeurs morales, religieuses – et peuvent être effectivement présentées, argumentées, discutées ? Et, si le sujet est structuré par ces quatre dimensions conjointes, que signifierait l'obturation, voulue ou non, d'un de ces pôles qui le constituent ? Ces questions nous semblent importantes pour pouvoir nommer, au cœur de la discussion éthique, ce qui est effectivement touché dans la subjectivité du professionnel, pouvant influencer d'une manière ou de l'autre sa réflexion critique, mais également son rapport à l'action.

Enfin, il est d'autres conséquences que nous aurons à envisager ultérieurement et qui renvoient à la responsabilité de ce qui est mis en œuvre dans la réflexion éthique touchant tant le patient, dans la prise au sérieux de ce qui structure son existence¹ (surtout devant une demande d'euthanasie), que





le professionnel dans la responsabilité exercée envers le patient, mais aussi dans l'attention et la compréhension du questionnement qui le traverse comme acteur et sujet du soin. Cette responsabilité touche également le questionnement éthique en tant que tel lorsqu'il s'institutionnalise en démarche d'éthique clinique : que peut-elle ouvrir et porter de ce que sont conjointement le sujet patient et le sujet professionnel ?

QUELS NIVEAUX DE PAROLE OUVRIR ?

Telle est bien la question fondamentale à envisager : quelles paroles se trouvent engagées dans le débat, pour quelle prise en compte de la souffrance, tant du patient que du professionnel ? En d'autres mots, quelles paroles se trouvent réellement exposées qui tiennent en compte la totalité de ce qui structure le professionnel dans son identité en vue de maximaliser la cohérence entre l'être et l'engagement.

Si nous faisons le pari de l'unité du sujet autour de quatre dimensions, il nous semble que quatre niveaux de parole ont à être pris au sérieux, tant pour la discussion que pour le passage ou non à l'action : ce qui relève de la réalité du corps, de la vie psychique, de l'inscription morale des sujets (identité et intégrité morale)², de l'inscription religieuse de l'existence. Or, force est de constater, qu'il est bien rare que ces quatre pôles puissent se dire conjointement : on sera soit fasciné par la question du corps altéré et ses répercussions sur nos représentations de l'humain³, on sera soit affecté dans son psychisme, on s'arrêtera à des valeurs, des principes éthiques, on taira généralement les arguments à dimension religieuse, par respect ou par contrainte. Pourtant, si les quatre pôles disent le sujet, en négliger l'un d'eux conduit au risque de non-respect de la subjectivité du professionnel.

Il nous semble que la question se complique encore lorsqu'on considère les niveaux de souffrance à prendre en compte, niveaux correspondant aux quatre pôles structurant conjointement le sujet en

son identité : souffrance physique, psychique, morale, spirituelle/religieuse. Ces quatre niveaux de souffrance impliquent une nécessaire réflexion et une nécessaire parole sur ce qui nous affecte dans la situation discutée et le processus discursif lui-même, alors que l'on parle généralement de « souffrance » sans spécifier de quelle souffrance on parle, ni le niveau où elle s'inscrit dans l'existence du sujet. Ici encore, la confusion ou la non-argumentation des différents niveaux risquent de conduire au non-respect des subjectivités engagées dans l'échange de paroles mais également de faire croire qu'une modalité de discussion – groupe de parole ou éthique clinique – puisse à elle seule toucher toutes les dimensions du sujet qui y est engagé.

Enfin, la question de la clarification des niveaux de souffrance, et des paroles échangées qui y sont associées, sera importante pour la prise au sérieux de ce qui est en jeu dans la demande d'euthanasie elle-même, autrement dit dans ce que vit la personne souffrante. Sa demande d'euthanasie, à quel niveau de l'existence est-elle entendue et débattue ? Pourquoi tel pôle pourrait-il être négligé ou surévalué, en fonction de quels référentiels des professionnels ? Nous pensons particulièrement à toutes ces situations où seule la souffrance de l'autre en sa subjectivité semble s'imposer comme « le critère » déterminant de la discussion avec le risque de ce que nous avons appelé l'autonomie « déliée⁴ ». Pour le plein respect du patient, les quatre niveaux de souffrance ont-ils été repérés pour tenter de le rencontrer dans la totalité du mouvement l'inscrivant dans l'existence ?

JUSQU'OU CONVOQUER LE PROFESSIONNEL ?

Si nous insistons sur l'importance de considérer la totalité de l'inscription subjective du professionnel dans la discussion et l'engagement, surtout lorsqu'il est question de demande d'euthanasie, il importe en même temps de s'interroger sur l'extension à donner à la réflexion éthique en tant que telle.





Éthique comme lieu d'une parole

La réflexion éthique comme interrogation sur le sens de l'action, sur la visée du bien représentera une voie d'accès importante à ce mouvement du sujet tel que nous l'avons visité en son lieu particulier, l'expérience de la maladie portée par le patient et la rencontre d'un collectif de professionnels. La démarche éthique nous apparaît de la sorte, pour autant qu'on lui en offre les moyens, comme une voie d'accès privilégiée de nomination de ce mouvement du sujet patient particulièrement à l'occasion de la demande formulée. Occasion d'une parole sur soi, d'une parole échangée entre sujets, parole parfois instituée dans un groupe, l'interrogation éthique peut devenir attention à la nomination de ce dynamisme d'existence en ses différents pôles, processus de compréhension du sujet au regard de sa propre existence, contribution à ce que des auteurs comme L. Basset, ont nommé processus de guérison. Ce dernier est défini comme une attention à ce qui nous constitue comme sujet⁵ : en même temps qu'elle donne accès au sujet dans son intersubjectivité, la démarche éthique lui offrirait accès à ce qui fait son mouvement d'existence, autrement dit sa spiritualité. Par la parole échangée, la mise en œuvre d'un questionnement critique, par l'effort de compréhension des complexités de l'action, l'éthique offre un accès au sujet considéré dans la globalité de son existence, de ce qui le fait être sujet dans une situation singulière. Il en va de même, nous semble-t-il, lorsqu'il est question de s'interroger sur le sens de l'action si, comme nous le croyons, elle dit en même temps, du moins en partie, qui est le sujet qui la réalise. Ceci est important pour appréhender ensemble les enjeux de certains processus de décision : la dimension rationnelle, critique, argumentative ne peut être séparée de ce qui suscite le mouvement du sujet. Si l'éthique en représente bien une voie d'accès, elle ne constitue pas la totalité du mouvement : d'autres dimensions sont à repérer et à nommer pour saisir la juste place de l'interrogation éthique.

Éthique et spiritualité comme mouvement du sujet

Ce n'est donc pas au cœur de n'importe quelles pratiques que nous ouvrons ici le questionnement relatif au lien possible entre éthique et spiritualité. Lorsque le questionnement éthique émerge, c'est dans une expérience de la maladie qui colore toute l'existence du patient. Le lieu n'est donc pas neutre pour penser la contribution du questionnement éthique à l'émergence du mouvement du sujet, à sa reconnaissance et à sa possible nomination en termes de spiritualité de l'existence. C'est le lieu d'une existence humaine où, dans la confrontation à la souffrance, le sujet malade est particulièrement sollicité dans l'équilibre du corps, la vie psychique, la conception éthique et philosophique de ce qu'est la vie bonne et le rapport à Dieu pour certains.

S'il est question de spiritualité et d'une responsabilité professionnelle qui y serait associée, ce ne sera jamais à considérer comme un « plus » ou un « ailleurs » des pratiques professionnelles : il s'agit simplement d'être attentif au vécu des sujets qui s'y trouvent engagés en interaction, à ce qui s'en pressent, à ce qui s'y donne à dire par le corps, à l'équilibre psychique, à la conception de la vie, au rapport à Dieu. Le questionnement éthique offre une voie privilégiée d'accueil à ces différentes dimensions du sujet souffrant.

Une pertinence à rendre à la question du spirituel

La possibilité d'affirmer que la notion de spiritualité ne renvoie ni à un « ailleurs », ni à un « plus » que ce qui constitue habituellement la relation de soins est importante, car la manière dont nous nous efforçons ici de penser la spiritualité lui offre un contenu, un contour qui n'est autre que ce qu'est le soin et le cadre de la relation de soins alors qu'une trop forte habitude contemporaine consisterait à





vouloir revendiquer une spiritualité sans lui offrir un réel contenu alors qu'il s'agit ici « tout simplement » de porter une attention critique à ce qui se donne et se vit dans la relation intersubjective du soin. Dès lors, inscrire la spiritualité dans ce que nous avons nommé l'adéquation au mouvement du sujet est en mesure de lui fournir un objet réel et des points d'attention incontournables à l'égard desquels chacun doit exercer une responsabilité, et ce, de plusieurs points de vue. Le patient lui-même a des éléments pour pouvoir se penser et se dire : le rapport à son corps, à sa vie psychique, à sa conception du bien et à tout ce que la maladie introduit comme décalages et modifications, y compris dans son rapport à Dieu. Le malade ne se trouve plus sans points d'appui pour dire et attester ce qui fait sens pour lui ou suscite un questionnement. Et notre responsabilité de professionnel devant une demande d'euthanasie sera de vérifier, autant que faire se peut, que la totalité de la vie du sujet malade aura été prise en compte, accompagnée dans sa propre demande. Les mêmes points d'attention s'offrent au soignant comme conditions de vigilance et de respect du patient abordé dans la totalité de l'existence. Les deux partenaires contribuent ensemble à la vérité du processus discursif, éléments qu'une interrogation éthique contribuera plus aisément à mettre au jour dans une démarche menée à titre personnel et en équipe.

Soigné et soignant : l'intersubjectivité de la parole

Cela permet également de mieux comprendre que la réflexion éthique et la spiritualité ont un même objet : soit le sujet soigné soit le professionnel, alors qu'un *a priori* symbolique, culturel ou tout simplement lié à une tradition de société laïque voudrait faire de la spiritualité, réduite au religieux, un hors lieu du vécu quotidien du soin. Sans que la démarche éthique soit réduite à la dimension spirituelle – ce qui serait abusif et réducteur de la spiritualité –, force est de reconnaître que le cheminement éthique

comme espace critique, rationnel, argumentatif peut contribuer non seulement à la reconnaissance d'une spiritualité contemporaine, mais surtout à sa prise en compte comme une dimension constitutive de la responsabilité soignante.

S'il est possible de parler sans excès de responsabilité soignante, c'est bien parce qu'il nous est apparu que ce que nous nommerions l'accès au mouvement du sujet, ou plutôt l'attention constitutive à ce mouvement, est l'objet même de ce qui fait le travail du professionnel. Les voies d'accès à ce mouvement sont multiples et disponibles pour une pluralité d'acteurs de la relation de soin ou d'accompagnement : celles et ceux qui prennent soin du corps, de l'esprit, qui accompagnent le questionnement ou le discernement éthique, celles et ceux plutôt engagés dans l'accompagnement pastoral et religieux. Chacun pour sa part et sa spécificité aborde une part de la réalité du mouvement qui implique l'ensemble des dimensions à travers lesquelles se dit le sujet ; ce qui présuppose une attention nécessaire aux autres champs de compétence. Cette distinction est importante à relever pour nous permettre de vérifier la dimension réelle – tant en présence physique que symbolique – de l'interdisciplinarité des paroles échangées.

Ceci confirme l'importance de la spiritualité comme mouvement d'existence et la place que peut y occuper le questionnement éthique qui donne toute la place à la parole telle qu'elle est décrite par M. Bellet : « Elle est sans jugement sur l'autre, de quelque ordre que ce soit : moral, médical, culturel, politique, religieux, etc. Oreille nue ! Rien ne précède l'écoute pure. Elle est sans catégories, sans classement, sans hiérarchie, sans comparaison – que ce soit à des normes, à des modèles, à tel autre [...] Ainsi tout rentre en l'humanité, tout vaut, tout peut valoir, rien n'est perdu de ce qui fait l'homme [...] Et ainsi peut venir à donner fruit ce qui était stérile et mortifère. Ce qui, réprimé et contraint, entretient l'angoisse [...] Le réprimé, l'égaré – et l'écrasé, ou le sans langage. L'écoute est alors ce lieu où pourra parler ce qui est sans mots parce que la culture – les langages





disponibles – ne lui donne absolument pas de quoi se dire. C'est le cas, sans doute, où spécialement l'écoute peut avoir à parler, à offrir l'espace de langage qui délivre de l'hébétude errante ou emmurée⁶. » Nous pensons que la démarche éthique est de l'ordre de ce type d'écoute : elle se fonde sur l'écoute d'une parole, personnelle ou institutionnalisée, qui permet à chacun de se dire pour mieux se comprendre et habiter son action, ce qui est l'enjeu majeur de l'interrogation éthique.

ENJEUX POUR UNE DÉMARCHE D'ÉTHIQUE CLINIQUE

La place laissée au questionnement éthique comme interrogation relative au sens de l'action permettra une rencontre la plus respectueuse possible de ce que vit certes la personne malade, mais également le professionnel au cœur de la discussion et de l'action. Le professionnel manifestera une attention plus grande à ce que le malade est et à ce qu'il vit, il lui offrira l'opportunité de le dire, favorisera le respect de la posture historique du sujet souffrant, tiendra compte des liens qui l'unissent à d'autres. Cette attention portée au malade permet à ce dernier d'être un sujet éthique, capable de prendre les décisions qui le concernent et font sens pour lui. La place laissée au questionnement éthique aura des conséquences anthropologiques, des répercussions quant à une conception que le professionnel peut se faire de ce que signifie être sujet malade, corps et esprit. Cette attention se traduira dans des réponses adaptées à l'appel du malade : la prise en compte de la possible souffrance éthique du patient, de ce qui pose question, de ce qui le délocalise éventuellement de ses propres valeurs, de sa représentation de l'existence au cœur de la prise en charge de sa pathologie, attention pouvant s'ouvrir à ce que nous avons nommé par ailleurs une « médecine théo-thérapeutique⁷ ». Cette qualité d'écoute lui évitera des souffrances supplémentaires liées à une non-compréhension,

voire à un non-respect. Elle lui donnera surtout de pouvoir continuer à s'expérimenter sujet, capable de paroles au cœur de sa maladie, respecté au cœur de sa demande pour ce qui fait son identité. Cela ne sera pas sans conséquence si nous croyons que l'éthique, comme espace de mise en scène du sens, contribue au soutien d'une dimension spirituelle de l'existence.

Éthique et subjectivité du professionnel

La démarche éthique confrontée avec la souffrance n'a pas que le patient comme seul destinataire : elle contribue également au soutien du professionnel éprouvé lui aussi par la rencontre avec l'autre souffrant, éprouvé dans la réalisation d'une visée du bien au cœur de l'action, dans sa moralité parfois. Quelques voies d'explication peuvent être ici retenues. Tout d'abord, le recul critique suscite l'interrogation sur le sens de l'action et donc sur la responsabilité du professionnel au cœur de l'action : il lui permet souvent de se dire à lui-même et de dire aux autres (patient, famille, équipe) la finalité de telle ou telle visée thérapeutique, de tel soin alors que la succession de diverses interventions dans le temps en fait perdre le sens ou la cohérence. L'éthique permettra parfois de nommer ce que nous avons nommé « le cri » du professionnel, perçu comme expression d'un malaise, d'une révolte, d'une inadéquation dans la prise en charge du patient, teintée d'un « ce n'est pas, plus possible » de poursuivre un traitement. Ce cri s'inscrit dans un élan à la fois psychique et éthique et il doit être nommé pour être ensuite porté, ce que nous avons nommé par ailleurs la prise au sérieux des « 3 P⁸ ». Le recul critique, grâce à la réflexion éthique, permettra d'identifier les différents niveaux d'inadéquation entre les diverses visées du bien – celles du patient, du soignant, de l'institution de soins – et ce qui s'en donne effectivement dans la réalité, de comprendre les décalages sources de souffrance et d'en rendre compte, de pouvoir nommer l'expérience souffrante en son registre propre : relationnel, psychique, éthique.





La rencontre de l'autre souffrant : renvoi à l'identité du professionnel

En ce sens, nous pourrions affirmer que la démarche éthique poursuit une dynamique d'identification des niveaux de souffrance à l'œuvre dans une pratique professionnelle. Il s'agit de comprendre ce qui se passe dans l'action – les tensions entre ce qui est effectivement possible ou impossible, ce qui relève ou non de la responsabilité du soignant – et d'exprimer ce qui fait souffrir. La démarche éthique induit la notion de souffrance partagée et permet au soignant de rendre compte des enjeux de sa propre action individuelle et collective. Un pas supplémentaire est possible en rejoignant non seulement la dimension professionnelle, mais bien le sujet humain global, structuré par sa compréhension personnelle de l'existence, situé dans son horizon de valeurs. Ce serait à nos yeux les effets seconds de l'interrogation éthique qui permet à l'humain de se dire à lui-même, d'entrer dans un processus d'autocompréhension de ce qu'il est et de ce qui donne sens à sa propre existence. La rencontre clinique de l'autre souffrant est un lieu privilégié où le soignant est confronté, dans une dimension seconde mais jamais secondaire, à ce qui fait sens pour lui, une occasion de remise en œuvre du mouvement du sujet lorsqu'il se trouve confronté à des situations de soin qui, d'une manière ou l'autre, le renvoient à sa propre identité.

Quelle responsabilité de l'éthicien ?

Un premier niveau de responsabilité de l'éthicien serait de clarifier quelles sont ses compétences réelles, même si des dynamiques de groupes auraient parfois tendance à trop attendre de son investissement, afin de fixer les limites de son mandat et, de la sorte, le contenu de ce qu'ils peuvent attendre de son intervention. Il n'est pas là pour rejoindre les mécanismes psychiques d'une existence singulière ou d'un fonctionnement collectif d'équipe, même s'il est en position de pouvoir les repérer et les nommer, ni pour prendre soin des corps souffrants. Sa mission est

de faciliter la relecture en tenant compte de la totalité du mouvement d'existence du professionnel. Qu'est-ce à dire ? Il nous semble que, lorsqu'une action singulière est discutée, il importe de tenir compte de toutes les dimensions, y compris les dimensions psychique et religieuse dans la mesure où elles constituent des éléments pertinents de l'action relue. Faut-il pour autant, au nom du respect de ce qui inscrit un professionnel dans l'existence, les mettre au jour systématiquement ? Nous ne le pensons pas, du moins dans l'état actuel de notre réflexion, sauf si l'accompagnant a la conviction que ces dimensions sont effectivement à l'œuvre même sans être nommées par les membres du groupe. On assistera généralement alors à une sorte d'acquiescement du groupe à l'analyse faite par l'éthicien, chaque participant étant libre d'y adhérer ou non en termes de valeurs. Dans la relecture ou la discussion, l'enjeu sera d'offrir aux professionnels et à l'équipe soignante le maximum d'éléments pour leur permettre de se comprendre dans la totalité de ce qu'ils sont, de ce qui les constitue comme sujets individuels et collectifs au regard de la responsabilité au cœur de l'action.

La clarification de la compétence et de la responsabilité de l'éthicien est essentielle à nos yeux pour éviter de générer des souffrances supplémentaires chez les soignants : ils n'ont à attendre d'un groupe d'éthique clinique que ce qu'il peut effectivement leur offrir. Or, c'est généralement l'absence de clarification de ce qu'un groupe peut offrir – qu'il soit groupe de parole ou d'éthique clinique – qui renforce leur souffrance. En effet, si le mouvement d'existence de tout sujet est constitué de plusieurs dimensions, il importe qu'un groupe particulier soit suffisamment au clair sur ce qu'il peut offrir ou pas. Sinon, on risque de croire qu'un groupe, quel qu'il soit, peut rejoindre la totalité de l'inscription existentielle d'une souffrance professionnelle alors qu'il n'a pas pour compétence, même dans un processus certes de compréhension globale, à en éclairer la totalité. Quand la compétence d'un groupe n'est pas clairement explicitée et que le soignant quitte le groupe en ne se sentant pas reconnu dans sa souffrance – lieu principal où elle





s'inscrit dans le mouvement du sujet –, il risque d'en repartir culpabilisé en se jugeant « mauvais soignant » quand ce ne sont pas les institutions qui lui en font le reproche « alors que tous les moyens d'accompagnement leur ont été offerts ». Cette question nous semble importante à considérer à une époque où, à la suite de la désaffectation de groupes de paroles, des établissements hospitaliers ont recours, pour soutenir l'engagement de leur personnel, à la mise en place de groupes d'éthique clinique, en transférant une masse budgétaire disponible pour les prendre en charge.

En conclusion : jusqu'où ouvrir le questionnement ?

Nous voudrions évoquer enfin une dernière question : la dimension religieuse de l'action, du moins en termes de valeurs à l'œuvre, peut-elle être accueillie dans une démarche d'éthique clinique ? C'est pour nous une évidence si ces valeurs sont présentes dans l'action et contribuent à son élaboration et dès lors à son évaluation : la responsabilité de l'éthicien ne sera pas de les nommer si elles ne sont pas constitutives de l'action. Cependant, pour des professionnels croyants, ne peut-on pas affirmer que ce registre de valeurs soit inhérent à leur propre mouvement d'existence ? Nous pensons qu'il s'agit *a minima* d'un point d'attention auquel doit veiller l'éthicien à titre méthodologique : éviter de passer à côté de ce qui inscrit le sens de l'action pour un professionnel singulier et le renvoyer à son registre personnel de compréhension de l'action. Une interrogation plus large, à dimension religieuse, trouvera également sa place pour autant que soit clairement signifiée l'extension du registre du questionnement mené en équipe ; pensons ici à toutes les questions culturelles et religieuses à l'œuvre dans la pratique médicale, par exemple l'accueil et le traitement de patientes d'origine islamique. Mais nous estimons également qu'il en va de la responsabilité de la réflexion éthique de pouvoir offrir aux professionnels des lieux particuliers, clairement identifiés, où le lien

entre la réflexion éthique et une identité religieuse individuelle et collective puisse être posé, mis en question, travaillé. Une autre problématique serait celle de la responsabilité des équipes de pastorale hospitalière qui offrent aux soignants des lieux où pourrait être réfléchi le questionnement professionnel en rapport avec une foi personnelle⁹.

NOTES

1. Nous renvoyons volontiers ici au concept de médecine théo-thérapeutique proposé dans D. Jacquemin, *Bioéthique, Médecine et Souffrance. Jalons pour une théologie de l'échec*, Québec, Médiaspaul, 2002, p. 131-138.
2. D. Jacquemin, « La souffrance éthique du soignant », dans *Ethica Clinica*, n° 35, septembre 2004, p. 10-11.
3. D. Jacquemin, « Mourir dans la dignité : un défi pour l'humain, un lieu pour Dieu », dans A.-M. Dillens et B. Van Meenen (dir.), *La dignité aujourd'hui. Perspectives philosophiques et théologiques*, Bruxelles, Facultés Universitaires Saint-Louis, 2007, p. 185-214.
4. D. Jacquemin, « Requête d'autonomie et refus », dans *Ethica Clinica*, n° 22, juin 2001, p. 4-6.
5. « ... le Souffle qui me traverse sans être vu entoure ma personne d'un halo insaisissable qu'il s'agira de respecter : c'est que mon être ne se réduit pas à ce corps ou ce psychisme sur lequel on a posé un diagnostic ; ma personne extérieure fait l'objet de soins alors même que je suis seul/e à détenir la clé de mon jardin secret, où se tient plus ou moins incognito Celui à qui « mes os n'ont pas été cachés quand j'étais fait dans le secret » (Ps 139, 15). N'est-il pas garant du mystère de mon être profond face aux étiquettes et caricatures de ceux qui, prétendant me connaître, sont parvenus à me rendre malade ? ». L. Basset, « La guérison, restauration de la capacité de relation », dans *Sciences Pastorales*, 24-1 (2005), p. 12.





6. M. Bellet, *L'écoute*, Paris, Desclée de Brouwer, 1989, p. 24ss.
7. D. Jacquemin, *Bioéthique, médecine et souffrance* (coll. Interpellations, n° 13), Québec, Mediaspaul, 2002, p.131ss.
8. «En effet, pour bien panser, il faut aussi apprendre à bien penser dans des situations d'incertitude et de complexité, c'est bien là le rôle de l'éthique qui, d'une certaine manière, nous renvoie à la prise au sérieux des «trois P» : percevoir, penser, parler», dans A. de Bouvet et M. Sauvaige, *Penser autrement la pratique infirmière. Pour une créativité éthique*, Bruxelles, de Boeck, 2005, p. 131.
9. Nous pensons, entre autre, aux « Mardis de l'E. T.E » (Espace – Travail – Évangile) proposés aux professionnels des Cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne ou à « Carrefour » un espace interreligieux des Cliniques UCL Saint-Luc à Bruxelles, Belgique.

