

**L'ÉTHIQUE EN MÉDECINE GÉNÉRALE :
ENTRE DEUX DIMENSIONS, TROIS PÔLES ET QUATRE TEMPS**

par M^{me} le D^r CÉCILE BOLLY (U.C.L.)

Pour entamer ce court exposé, je souhaite tout d'abord remercier l'Académie de Médecine. Ce qui est le plus important pour moi, ce n'est pas d'obtenir ce prix – même s'il constitue une reconnaissance que j'apprécie – mais c'est qu'à travers lui, l'éthique soit nommée, nominée peut-être, et que ça l'aide à bénéficier vraiment de la place qui est la sienne dans le quotidien de notre travail de médecins. A travers ce prix, j'ai l'impression que ce sont tous les amis avec qui je partage mon questionnement, tous les soignants et les étudiants avec qui je travaille, tous les patients que je rencontre

et que je soigne, qui sont reconnus et mis en lumière et c'est très gai de les associer à cet événement.

Je souhaite également remercier du fond du cœur mes collègues du Centre Académique de Médecine Générale de l'UCL, et plus particulièrement Dominique Pestiaux, qui en est le responsable, et Carl Vanwelde, qui a dit un jour avec l'enthousiasme et le réalisme qui le caractérisent : « Nous avons tous des textes qui dorment dans nos tiroirs ... Nous devrions les en sortir... ». C'est cette petite phrase qui est à l'origine de celui-ci !

Ce travail présente une réflexion sur la place de l'éthique en médecine en croisant quelques unes de ses dimensions spatiales et temporelles.

Il se base sur une pratique de médecine générale, mais il ouvre des pistes de questionnement pour tous les soignants.

Dans le temps qui m'est réservé, je vais aborder brièvement trois points principaux.

1. Deux pôles dans l'émergence de l'éthique au sein de notre pratique : le médiat et l'immédiat.

Le médiat concerne la compétence éthique décisionnelle, importante à acquérir pour résoudre des dilemmes éthiques, pour travailler en équipe interdisciplinaire, pour argumenter notre démarche.

L'immédiat concerne l'attitude éthique que nous pouvons développer dans le quotidien de notre pratique. Dans notre attitude, dans notre manière d'être là, de rencontrer le patient en tant que sujet, plutôt que d'en faire l'objet de nos soins. J'aime beaucoup cette image de Luc de Brabant qui montre que la morale, c'est ce qui nous vient du dehors, tandis que l'éthique c'est ce qui nous vient du dedans. Si la morale nous vient du dessus, l'éthique nous vient du dessous, de nos racines d'êtres humains. L'immédiat dans cette part de l'éthique est avant tout faite d'accueil et d'ouverture. C'est elle qui nous permet de vivre l'altérité.

2. Quatre temps pour une démarche d'aide à la décision

Dans une deuxième partie de ce travail, j'ai proposé quatre temps pour une démarche d'aide à la décision utilisable chaque fois que nous devons faire un choix éthique difficile : l'écoute du récit, l'accueil de notre propre vécu, la recherche de discernement, le partage de ce qui a changé en nous grâce à ce travail de réflexion centré sur la situation d'un patient chaque fois singulier. Ce sont des dimensions que j'ai le privilège de vivre avec des médecins et d'autres soignants qui se réunissent depuis quatre ans dans un atelier d'aide à la décision à la Haute Ecole Robert Schuman de Libramont, dans le cadre du projet GRAFE : Groupe Interdisciplinaire de réflexion, d'Aide à la décision et de Formation en Ethique clinique. C'est une démarche qui commence à être diffusée à d'autres groupes, ce qui me réjouit.

3. Trois dimensions à tenir ensemble, à mettre en résonance dans toute démarche éthique : celle qui concerne le « tu » : le patient et son vécu ; celle du « ils » : les repères issus de différentes disciplines ; celle du « je » : le médecin qui s'engage à travers une créativité chaque fois renouvelée.

Cette créativité doit avoir une place particulièrement importante en éthique, parce qu'elle témoigne de l'unicité de chaque situation et de chaque patient, que nous pouvons et que nous devons rencontrer comme une personne, comme un sujet.

Elle nous rappelle aussi une dimension dont nous ne pouvons pas faire l'économie en éthique : celle du temps nécessaire. Nous avons l'impression que ce temps, toujours nous manque ... La meilleure façon de ne pas le perdre, c'est sans doute de le prendre !

Je voudrais terminer en reprenant une petite phrase d'Eric-Emmanuel Schmitt, qui s'accorde très bien à l'éthique parce qu'elle nous rappelle que l'éthique n'est pas avant tout du côté de la réponse, mais plutôt du côté de la remise en question, de la vigilance à avoir à toujours questionner nos actes et nos décisions : « Les questions les plus intéressantes restent des questions. Il n'y a que les questions sans intérêt qui ont une réponse définitive ».

Au privilège des généralistes d'exercer leur pratique « entre science et humanité, art et technique, cité et hôpital, patient et médecine »¹, et par le biais de l'écoute comprise comme exigence éthique, correspond une responsabilité qui peut prendre la forme d'une médiation et qui nécessite la création d'un partenariat. Elle se développe dans une attitude éthique, que nous pouvons mettre en relation avec le quotidien de la pratique, et qui est tout à fait complémentaire à la compétence éthique décisionnelle, qui permet de résoudre des dilemmes ou des problèmes particuliers ; celle-ci se présente davantage comme une démarche structurée et interdisciplinaire, qui vise à estimer des risques, à reconnaître des valeurs en jeu, à justifier un argument privilégié, etc ...

1. L'attitude éthique au quotidien

Pour expliciter l'importance de cette première dimension, nous pouvons faire référence à un aspect particulier qui fonde la pratique de la médecine générale et en est la trame : la possibilité d'accompagner le patient à la fois dans son histoire et dans son lieu de vie. Le quotidien se trouve précisément au croisement de ces deux dimensions, qui sont celles de la verticalité et de l'horizontalité.

L'inscription du patient dans son histoire lui permet d'être et de rester un sujet soigné, plutôt qu'un malade. Elle fait référence à son passé, mais évoque aussi le futur : le médecin généraliste est garant, si le patient le souhaite, d'un accompagnement au long cours. Et c'est sans doute l'attention portée à l'histoire de vie d'un patient, à ses souvenirs, à ses souffrances passées qui risque le plus de garantir un accompagnement adéquat, c'est-à-dire répondant le mieux possible aux attentes de l'autre, à son projet de vie.

¹ GALAM E., *Les généralistes, fossiles ou précurseurs ? in Infiniment médecins*, sous la direction de GALAM E., Editions Autrement, Collection Mutations n° 161, Février 96, p. 10-27.

1.A. Particularités de la médecine générale

Dans le quotidien de la pratique, quatre particularités de la médecine générale sont importantes à décrire, parce qu'elles peuvent servir de base à une réflexion qui permette de dégager une certaine sensibilité éthique dont les généralistes peuvent ou doivent témoigner.

1.A.1. La multiplicité des demandes

Chaque spécialité médicale affirme sa spécificité par un certain champ d'action, un âge de la vie particulier ou une technique spéciale. Elle revendique un travail toujours plus pointu et plus efficace à l'intérieur de ce domaine bien délimité, participant ainsi de manière évidente aux progrès continus en matière diagnostique et thérapeutique. La médecine générale se caractérise au contraire par l'étendue des demandes qui la concernent, et dont aucune ne peut être rejetée.

1.A.2. Le quotidien et la durée

Dans son travail, le généraliste rencontre un grand nombre de situations qui ne sont pas des moments de crise, mais sont inscrites dans le quotidien. La succession, l'ensemble de ces expériences communes de périodes de santé et surtout de périodes de maladie partagées par le médecin et ses patients constitue ce que Balint appelle la « compagnie d'investissement mutuel »². Celle-ci évoque la manière dont chaque médecin décide de s'investir dans la relation, en temps, en présence, en intensité : il s'agit à la fois de sa disponibilité et de son accessibilité. Elle permet aussi de faire le lien avec la durée et sur la continuité de la prise en charge, en lien avec la variété possible des demandes.

1.A.3. La globalité de la prise en charge

Il est certain que l'ancrage de la médecine générale dans le contexte de vie du patient élargit facilement la vision de la maladie à l'ensemble de ce qu'il est, de ce qu'il vit. C'est aussi cela qui permet d'être attentif aux différents niveaux de demandes qui peuvent coexister, et de ne pas s'en tenir uniquement à ce qui est explicitement souhaité. Par ailleurs, ce n'est sans doute qu'au prix d'une réelle collaboration entre généralistes et spécialistes, dans le respect de chacun, dans l'attention à la santé communautaire, et dans la recherche de l'élaboration d'une éthique commune, que nous pouvons espérer associer, sans devoir les hiérarchiser, le savoir scientifique et l'attention au patient en tant que sujet.

² BALINT M., *Le médecin, son malade et la maladie*, Petite Bibliothèque Payot, (1972).

1.A.4. La proximité de la relation

Ce qui précède montre combien le généraliste est un professionnel familier, situé à l'interface entre l'objectivité que propose la science et la subjectivité que rappelle la pratique. Un professionnel rencontré dans l'intimité. Cette subjectivité vient de l'ouverture à ce que vit le patient, et à ce qu'il en dit : son histoire et ses paroles méritent en effet une autre place dans notre démarche que celle d'être mises entre parenthèses. Elle provient également de l'ouverture du médecin à ce qu'il vit lui-même, de sa capacité à être touché, à être affecté par l'autre, mais aussi à travailler, à métaboliser ses sentiments, ses émotions. Si cette dimension peut être plus présente en médecine générale qu'ailleurs, c'est sans doute parce que l'expérience acquise au fil des jours et dans le quotidien y permet plus facilement de faire le lien entre le corps et la pensée, et grâce au contexte et à la temporalité, de replacer l'objectivation du corps de l'autre au service de ce qu'il est en tant que sujet.

1.B. Dimension éthique de la responsabilité

En fonction des particularités qui ont été décrites dans le quotidien de son travail, de l'intersubjectivité sur laquelle il peut baser sa pratique, et de sa place centrale dans le réseau de soins, nous pouvons décrire la responsabilité du médecin généraliste comme celle d'une médiation qui peut s'exercer dans différentes directions. Ainsi peut-il servir de médiateur entre le patient, sa maladie, sa plainte et sa demande, entre le patient et sa famille, entre le patient et l'hôpital, entre le patient et la société.

Un médiateur n'est pas celui qui sait (ou croit savoir), et peut alors avoir tendance au paternalisme et à l'autosuffisance, mais celui qui inscrit d'emblée ce qu'il fait dans une dynamique de réciprocité et d'ouverture. Il n'est pas celui qui sauve et qui distribue des solutions, mais celui qui agit à la manière d'un passeur. Celui qui fait confiance à la capacité qu'a l'autre de trouver et de créer sa place, son chemin. Celui qui conduit vers quelque chose de neuf.

1.B.1. Médiateur entre le patient et sa maladie, sa plainte, sa demande.

Il s'agit d'aider le patient à être et à rester l'auteur de ce qu'il vit, en particulier par rapport à sa santé, et y compris dans les moments de maladie ou d'infirmité, et donc de plus grande vulnérabilité. L'aider à s'engager dans la relation de soins en clarifiant ses attentes, et à prendre conscience de la responsabilité qui est la sienne par rapport à ce qu'il est et ce qu'il veut être. Il faut évidemment dégager la responsabilité dont il est question ici de toute notion de culpabilité pour l'envisager comme une possibilité de choix et d'action. Il y a donc là tout un travail de limites et de prise de distance, dont peuvent bénéficier chacun des deux partenaires, patient et médecin.

C'est sans doute dans un tel apprentissage que l'éveil à l'autonomie peut être conçu, pour chacun, comme l'ouverture aux capacités qui fondent la responsabilité. Mais que l'on ne s'y trompe pas ... tous les patients ne sont pas candidats à l'autonomie dont on fait, pour eux, le projet ...

1.B.2. Médiateur entre le patient et sa famille

Un médecin généraliste est souvent appelé médecin de famille ...

On peut définir une famille comme un système vivant dont le comportement de chaque membre est lié à celui des autres, mais aussi à celui de la famille en tant qu'unité³. Toutes sortes de croyances partagées, de loyautés mutuelles, d'influences réciproques, de règles implicites participent à la constitution d'un « style familial », plus ou moins capable d'évoluer au fil du temps.

Etre médiateur entre le patient et sa famille nécessite de développer des compétences pour comprendre les interactions qui existent entre eux, et pour les aider à trouver des solutions optimales pour la santé et le bien-être de chacun. Pour exercer au mieux ce travail de médiation, nous devons nous occuper des interactions possibles à la fois dans l'axe vertical (celui de l'histoire commune de la famille) et dans l'axe horizontal (celui du contexte relationnel qui entoure le symptôme, la maladie).

1.B.3. Médiateur entre le patient et l'hôpital

L'évolution de la médecine fait que les généralistes sont des relais dans un réseau médical au sein duquel évoluent les patients. Les spécialistes, travaillant surtout dans les hôpitaux, constituent d'autres relais, auxquels les généralistes adressent de nombreuses demandes. Celles-ci concernent à la fois les généralistes eux-mêmes (aide au diagnostic) et les patients (aide au traitement). Là aussi, un rôle de médiateur semble indispensable. Nous pourrions peut-être le schématiser comme suit : faire entrer le patient dans la complexité de la tâche du spécialiste, et faire entrer le spécialiste dans la subjectivité du vécu du patient. Il s'agit en tout cas d'un travail de proximité. Au moment où on parle de plus en plus de baser la médecine sur des preuves (Evidence Based Medicine), on pourrait penser que c'est un peu comme s'il fallait objectiver l'importance du subjectif, comme s'il fallait pouvoir mesurer de manière quantitative l'intérêt d'associer la normativité de la science et l'intersubjectivité de la relation. N'oublions pas que l'EBM elle-même base la compétence clinique sur l'articulation de trois dimensions : le contexte clinique et la nature du problème de santé, les données de la recherche, et les préférences et attitudes du patient.

1.B.4. Médiateur entre le patient et la société

L'évolution des mentalités contemporaines convoque peu à peu la médecine dans la dynamique de l'offre et de la demande, dans le cycle de la production et de la consommation. En même temps que progressent les moyens techniques et scientifiques, les exigences de la population deviennent de plus en plus fortes et sont souvent déclinées comme autant de droits⁴. Cela doit nous questionner sur ce qu'une telle évolution de la demande véhicule comme représentations qu'a l'homme de lui-même et de ses limites.

³ SALEM G., *L'approche thérapeutique de la famille*, Paris, Masson, 185 p. (1996).

Cela doit aussi nous interroger sur le rôle que nous acceptons de jouer, en tant que soignants, par rapport à ces représentations et à ce qu'elles symbolisent en termes de maîtrise de la finitude ou encore d'évitement de l'idée même de la mort. D'autre part, si la médecine est un des facteurs qui permet d'améliorer les conditions de l'existence humaine, et en particulier de parvenir au meilleur état de santé possible, elle n'est pas le seul intervenant nécessaire ! Encore une fois, cela signifie qu'elle ne doit accepter, ni pour elle-même ni pour les patients, de donner l'illusion de pouvoir tout résoudre.

1.C. L'écoute comme préalable à l'éthique

Si nous acceptons que le travail de soignant est indissociablement lié à la souffrance de l'autre et à l'appel à l'aide qu'elle engendre, nous comprenons que le soignant ne peut pas se contenter de répondre avec empressement : s'il ne prend pas le temps de savoir ce que l'autre attend du soin, il risque fort de se tromper de demande, et donc de réponse. Il est dès lors impossible de prendre soin de l'autre si nous ne commençons pas par le mettre au centre du processus ! Autrement dit, il serait tout à fait vain de vouloir faire l'économie de l'attention et celle de l'écoute. Il s'agit d'une dimension capitale, même si elle ne peut être développée ici. Rappelons simplement que dans cette manière d'être que chacun peut apprendre, par l'aptitude à se laisser interpeller et même à se laisser transformer que l'écoute implique, elle ouvre vraiment la voie au questionnement éthique et elle en constitue en même temps le fondement.

2. La compétence éthique décisionnelle

A la dimension éthique du quotidien, s'articule nécessairement une capacité à prendre des décisions éthiques dans des situations difficiles.

Dans la suite du projet RAMPE (Réseau d'Aide en Médecine Palliative Extra muros) de la SSMG, c'est à partir du souci de certains médecins de développer une réflexion à propos des problèmes éthiques qui émergent dans leur pratique, qu'est né le projet GIRAFE : Groupe Interdisciplinaire de Réflexion, d'Aide à la décision et de Formation en Ethique clinique, avec différents objectifs :

- centrer la réflexion et la formation sur des problèmes concrets rencontrés à domicile, en particulier (mais pas uniquement) les décisions en lien avec la vieillesse et la fin de vie
- apprendre à développer un discernement éthique complémentaire au raisonnement clinique (qui nécessite lui-même d'articuler des compétences scientifiques, techniques et relationnelles)
- favoriser l'intégration de l'éthique dans le quotidien de la médecine générale.

⁴ CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité*, Artel et Fides, 204 p. (1994).

Pour atteindre ces objectifs, le projet se base sur l'acquisition d'une démarche d'aide à la décision qui s'articule en 4 temps et qui est basée sur un dialogue interdisciplinaire (ibidem) :

1. L'écoute du récit
2. L'accueil et le partage des émotions et des jugements spontanés
3. La prise de distance, la recherche de compréhension et de discernement
4. Le partage du changement

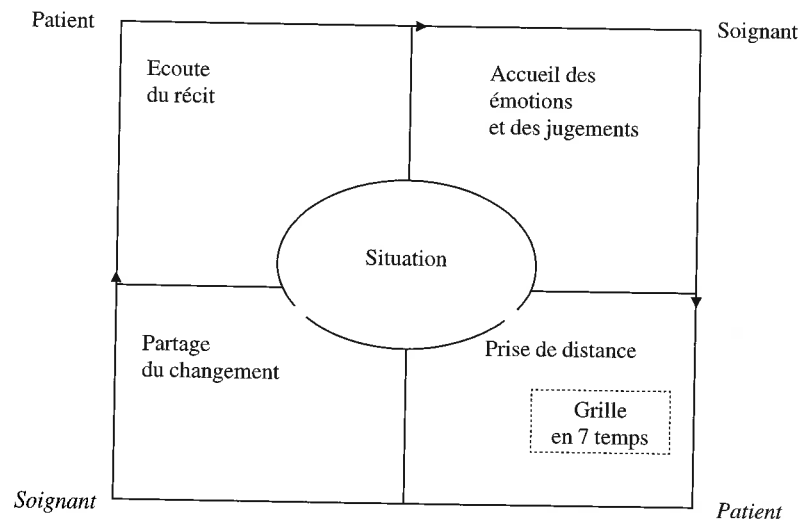


Fig. 1
Schéma d'une démarche en quatre temps

Si nous parlons d'un dialogue interdisciplinaire, c'est parce que le médecin généraliste n'est que très rarement le seul soignant à s'occuper d'un patient. Dans une situation où il existe une décision difficile à prendre, toute une équipe est concernée par le devenir de ce patient : les infirmier(e)s du domicile ou de la maison de repos, les kinésithérapeute, pharmacien(ne), aides-familiales, infirmier(e) et médecin référent en soins palliatifs, etc.

Même si la décision finale reste une responsabilité médicale, elle gagne à être construite grâce à un dialogue qui donne la parole à chacun. Et ce dialogue ne peut évidemment ignorer ni l'avis du patient ni celui de ses proches. Il faut donc mettre en place un processus qui soit lui-même éthique et qui stimule la créativité par rapport à une situation toujours singulière.

Si ce processus nous renvoie à nos responsabilités et à nos choix individuels, il nous rappelle pourtant que l'éthique est collégiale et qu'elle donne rendez-vous à tous les soignants, quel que soit l'instant et quel que soit leur champ d'activités⁵.

2.A. Les 4 temps de la démarche proposée

2.A.1. L'écoute du récit, de l'histoire

Puisqu'il est souvent question de « mettre le patient au centre du processus », il est nécessaire d'écouter le récit du patient, de son histoire, pour le réhabiliter ainsi dans son rôle de sujet, de personne à part entière. L'histoire de vie et la situation actuelle d'un patient particulier, le récit qui en est fait peuvent être racontés par lui-même ou par un de ses proches s'ils assistent à la réunion, ou, ce qui est plus fréquent, par un soignant qui entame ainsi cette démarche éthique.

Dans ce dernier cas, il faut être attentif à interpréter le moins possible le récit qu'on fait du récit de quelqu'un d'autre, à savoir le patient. Il est également nécessaire d'utiliser le plus possible les termes et les expressions employés par ce dernier.

En plus d'une attention individuelle à ce risque de projection, il est important que tous les soignants puissent successivement ajouter des informations au récit fait par l'un d'entre eux.

On comprend d'emblée que la présence d'un animateur est indispensable, pour permettre à chacun d'intervenir, mais aussi pour s'assurer que tous ont entendu les mêmes informations, sans que certains en oublient ou en « retiennent » pour eux avant de passer à l'étape suivante.

2.A.2. L'accueil et le partage des émotions

Quand l'écoute d'un récit est motivée par le vécu d'une situation difficile, souvent en lien avec la souffrance et avec la mort, elle provoque d'emblée de nombreuses émotions chez les soignants. Il faut même parfois une certaine discipline pour attendre la fin du récit avant de laisser libre cours à la colère, la tristesse, l'inquiétude, la peur que certains ressentent.

L'expérience montre que dans ces situations difficiles, le jugement spontané que portent les soignants sur les différents intervenants (le patient, ses proches, les collègues) est souvent très présent et très encombrant. Pour éviter le cul-de-sac de ce jugement spontané, il est capital qu'en tant que soignants, nous commençons par accueillir nos propres émotions par rapport à un patient, à une situation, à un récit et

⁵ BRAZEAU-LAMONTAGNE L., *Le triangle de l'apprentissage de l'éthique médicale et l'éthique de l'apprentissage médical*, XV^e Journées Universitaires de Pédagogie Médicale, Nancy, 22 au 25 avril (2003).

que nous les partageons dans un véritable dialogue où chacun est entendu et respecté, où il est accepté dans sa différence ⁶.

Cela nécessite deux étapes ou deux dimensions :

- celle d'un travail intérieur, dans un autre espace-temps, que chaque soignant peut faire à son rythme, du côté de ses racines, de ce qui le fonde, de son histoire, de ses manques et de ses difficultés, du sens qu'il cherche à donner à sa vie.
- celle de l'accueil et du partage des émotions des différents intervenants, dans une écoute mutuelle, sans jugement et sans projet pour l'autre.

Dans certains aéroports, des panneaux lumineux préviennent les voyageurs : « Vérifiez qu'il n'y a dans vos bagages aucun objet déposé par un étranger ». Par rapport à notre histoire, la même vérification s'impose sans doute. Quelques préjugés qui ont la vie dure peuvent y faire bon ménage avec des croyances réductrices, des références étroites à la normalité, l'un ou l'autre désir de fidélité par rapport à l'image de soi qu'on veut donner, à un rôle qu'on veut tenir ... Accepter de perdre, de quitter des croyances, des préjugés, des certitudes permet de mieux construire, élaborer, adhérer à quelque chose de neuf (ibidem).

Cela implique cependant de perdre aussi la sécurité qui leur est liée et le risque est parfois difficile à prendre. L'exercice d'ouverture que représente cette étape est nécessaire

- pour prendre distance par rapport aux implications personnelles et affectives, et ainsi ne pas confondre le vécu du patient et de ses proches avec le nôtre,
- pour créer un espace disponible à la réflexion,
- mais aussi pour éviter de prendre une position d'expert plutôt que de partenaire.

Le rôle de l'animateur est ici d'inviter chacun à parler au « je » et ainsi à prendre la responsabilité de ses réflexions et de ses émotions mais aussi de veiller à ce que cet échange se fasse dans la non-violence et dans le non-jugement mutuel. Chacun doit pouvoir être entendu, dans le même respect, quelle que soit sa place dans l'équipe interdisciplinaire.

2.A.3. La recherche de compréhension et de discernement

Elle se fait grâce à un dialogue, une discussion interdisciplinaire qui, par l'inventaire de tous les facteurs en cause et par la mise en contexte des valeurs, des principes et des repères théoriques de l'éthique clinique, tente de promouvoir l'exercice d'un discernement éthique et de remplacer ainsi le jugement spontané, souvent stérile et enfermant. Dans ce cadre-là, l'utilisation d'une grille d'aide à la décision permet de systématiser son apprentissage de la prise de distance, d'avoir des points d'ancrage, un

⁶ BOLLY C., VANHALEWYN M., Aux source de l'instant. Manuel de soins palliatifs à domicile, Weyrich Edition (pour la Belgique) et L'Harmattan (pour la France), 264 p. (2004).

cadre de référence. Mais il faut garder à l'esprit qu'il s'agit bien d'un outil, d'un moyen et non pas d'une fin en soi ! Et il n'est pas le seul outil nécessaire ! Quand quelqu'un veut sculpter la pierre ou le bois, il a besoin d'outils ... ils sont indispensables, ils permettent de travailler d'une certaine manière, mais ils ne disent rien des sculptures qui vont être créées...

Le caractère éthique d'une décision à prendre dépend à la fois

- du respect de la singularité de chaque situation et du contexte dans lequel elle se présente
- du contenu de cette décision (en termes de valeurs à privilégier par exemple)
- de la manière dont la prise de décision permet à tous les acteurs de se construire ⁷.

C'est précisément pour garantir ce caractère éthique, que différentes méthodes ont été mises au point, en particulier des grilles d'aide à la décision.

Elles permettent, entre autres de considérer tous les facteurs en cause, de structurer la réflexion, de systématiser l'apprentissage, de faire continuellement appel au dialogue, d'articuler la subjectivité de chacun et l'objectivité de la situation, de réfléchir à la pertinence de privilégier telle ou telle valeur, de cheminer vers une décision dont on comprend le sens et qui, même si elle ne fait pas l'unanimité parmi les soignants concernés, leur permet de continuer à travailler ensemble. Dans les ateliers GIRAFE, nous utilisons une grille en 7 étapes ⁸ qui nécessite que les participants se répartissent en petits groupes de 3 à 5 personnes avant de se réunir pour une synthèse en grand groupe.

2.A.4. Le partage du changement

C'est la dernière étape, mais non la moindre, de cette démarche articulée en quatre temps.

Elle est primordiale parce qu'elle permet de ne pas la réduire à l'utilisation d'un outil.

La question principale qui est posée ici est celle du changement : entre le début de cette réflexion commune et la synthèse qui vient d'avoir lieu, qu'est-ce qui a changé en moi ?

Cette question permet aux soignants de partager aux autres leur vécu tout au long de ce travail, en termes d'émotions, de difficultés persistantes, de découvertes, d'ouverture, ...

Par la circularité dont elle témoigne, l'ouverture à cette question montre que le processus même de décision a un caractère éthique : non seulement dans la recherche

⁷ GRASSIN M., *Le nouveau-né entre la vie et la mort, éthique et réanimation*, Paris, Desclée de Brouwer, 183 p. (2001).

⁸ BOLLY C., GRANDJEAN V., VANHALEWYN M., VIDAL S., *L'éthique en chemin. Démarche et créativité pour les soignants*, Weyrich, p. 159 (2003).

d'une décision à prendre, mais aussi dans la manière dont cette recherche se vit et se partage.

La démarche qui vient d'être proposée concerne essentiellement la recherche d'une action appropriée lors d'une situation de crise, de problème, de dilemme, de décision difficile à prendre. Elle passe par l'élaboration d'un véritable discernement qui doit articuler différentes dimensions de la réalité. Rappelons que cette recherche ne se suffit pas à elle-même. Elle n'a de sens que si elle n'est pas isolée dans le temps et dans l'espace, mais qu'elle constitue la ponctuation d'une autre recherche, bien plus vaste, qui est celle d'une attitude éthique au quotidien, décrite dans la première partie de ce travail.

L'idéal est que toutes les entités que peuvent représenter chaque prise de décision, chaque recherche de discernement, puissent véritablement se fondre dans les exigences d'une transformation intérieure pour permettre au patient d'être et de rester un humain jusqu'au bout et par là-même, de devenir chaque fois un peu plus humain en tant que soignant.

La première dimension est à la durée, à la permanence, ce que l'autre est à la simultanéité, à l'instant. Les deux approches ont en commun le souci du meilleur bien-être du patient et l'évaluation continue du sens de la pratique médicale et de son rapport à la collectivité.

En les associant l'une à l'autre, nous comprendrons mieux la densité d'une pratique qui cherche à tenir ensemble trois pôles : celui qui concerne le patient et son vécu ; celui des repères issus de différentes disciplines ; celui du médecin qui s'engage à travers une créativité chaque fois renouvelée.

Cela nous ramène, dans une belle symétrie, aux trois pôles que toute démarche éthique cherche à tenir ensemble, à mettre en résonance⁹ :

- celui qui concerne l'histoire du patient, la situation qui est la sienne introduit le « tu » à qui nous nous adressons dans la relation de soin
- celui qui concerne le vécu du soignant engage le « je » qui écoute, qui parle, qui agit
- celui qui concerne les repères présents dans différentes traditions et dans différentes disciplines rappelle les « ils » qui ont développé différents points de vue et autant de points d'appui pour la réflexion et pour l'action.

⁹ RICOEUR P., *Les trois niveaux du jugement médical*, in *Lectures*, Seuil (1991).

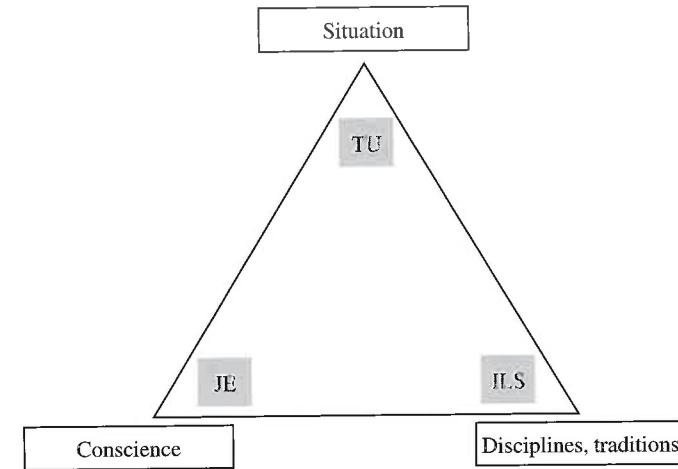


Fig. 2
Les trois pôles à tenir ensemble

Que ce soit dans une situation difficile ou dans le quotidien de notre pratique, être attentif à tenir ensemble ces trois éléments évite de se trouver dans une impasse,

- soit en se laissant engoutir par la situation, par la demande que « tu » m'adresses
- soit en réduisant la décision à mon seul avis, à ce que « je » pense, à ce que « je » sais
- soit en obéissant aveuglément à des principes, à des traditions, à des règles, à ce qu' « ils » disent.

Cela nous ramène aussi à une seule et belle évidence : jamais l'éthique ne nous dit une fois pour toutes ce qu'il faut faire ... et c'est heureux ! Elle nous met en mouvement, elle nous met en recherche. Elle nous invite à nous poser des questions qu'il est bon de laisser ouvertes ... pour qu'à leur tour, elles nous gardent en mouvement !

RÉSUMÉ

A partir de différentes caractéristiques de la médecine générale, une responsabilité particulière est mise en évidence, par le biais de l'écoute comprise comme exigence éthique. Cette responsabilité prend la forme d'une médiation et nécessite la création d'un partenariat.

Elle se développe dans une attitude éthique, en relation avec le quotidien de la pratique, et qui est tout à fait complémentaire à la compétence éthique décisionnelle, importante à acquérir pour résoudre des dilemmes ou des problèmes particuliers. A partir de l'expérience d'animation du projet GIRAFE (Groupe Interdisciplinaire de Réflexion, d'Aide à la décision et de Formation en Ethique clinique), l'utilisation d'une démarche en 4 temps est décrite comme un outil qui peut aider les soignants dans une situation

difficile d'un point de vue éthique. Dans le double mouvement d'ouverture à l'autre et de retour à soi qu'elle permet, elle invite à développer une créativité éthique au cœur de notre pratique.

BIBLIOGRAPHIE

1. BALINT M., *Le médecin, son malade et la maladie*, Petite Bibliothèque Payot, (1972).
2. BOLLY C., GRANDJEAN V., VANHALEWYN M., VIDAL S., *L'éthique en chemin. Démarche et créativité pour les soignants*, Neufchâteau, Weyrich Edition, p.18.
3. BOLLY C., VANHALEWYN M., *Aux sources de l'instant. Manuel de soins palliatifs à domicile*, Weyrich Edition (pour la Belgique) et L'Harmattan (pour la France), 264 p (2004).
4. BRAZEAU-LAMONTAGNE L., *Le triangle de l'apprentissage de l'éthique médicale et l'éthique de l'apprentissage médical*, XV^{es} Journées Universitaires de Pédagogie Médicale, Nancy, 22 au 25 avril (2003).
5. CADORE B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité*, Artel et Fides, 1994, 204 p.
6. GALAM E., *Les généralistes, fossiles ou précurseurs ?* in *Infiniment médecins*, sous la direction de GALAM E., Editions Autrement, Collection Mutations n° 161, Février 96, p 10-27.
7. GRASSIN M., *Le nouveau-né entre la vie et la mort, éthique et réanimation*, Paris, Desclée de Brouwer, 183 p (2001).
8. SALEM G., *L'approche thérapeutique de la famille*, Paris, Masson, 185 p (1996).

(Applaudissements)

*
* *