



Au-delà du label éthique : paradoxes et enjeux institutionnels

Lucie Mira, Delphine Peyrat-Apicella, François Pommier

DANS **CLINIQUES MÉDITERRANÉENNES** 2015/1 n° 91 , PAGES 195 À 204
ÉDITIONS **ÉRÈS**

ISSN 0762-7491

ISBN 9782749247113

DOI 10.3917/cm.091.0195

Date de mise en ligne : 03/03/2015

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2015-1-page-195?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour érès.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Lucie Mira
Delphine Peyrat-Apicella
François Pommier

Au-delà du label éthique : paradoxes et enjeux institutionnels

Les progrès de la médecine, en repoussant les frontières du possible, mènent à interroger la limite des libertés individuelles, et par là même la notion de sujet. La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a consacré le droit de ces derniers en plaçant l'individu au cœur des préoccupations, contribuant à l'émanciper d'un paternalisme médical. Cette référence juridique apporte un nouveau repère dans la manière d'envisager le rapport au soin.

L'attention portée au patient considéré dans sa singularité évolue encore, par la place accrue que prend la dimension éthique, notamment en devenant un critère d'évaluation contribuant à l'obtention d'une accréditation pour les établissements de santé. Il est ainsi conseillé dans le manuel de référence¹ « [...] d'intégrer la réflexion et le questionnement éthiques aux arbitrages

Lucie Mira, psychologue clinicienne, clinique Saint-Jean, service d'oncologie ; 40 avenue de Corbeil, F-77000 Melun – mira.lucie@neuf.fr

Delphine Peyrat-Apicella, psychologue clinicienne, doctorante en psychopathologie psychanalytique, université Paris-Ouest Nanterre-La Défense ; Équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs du centre hospitalier de Fontainebleau, 55 boulevard du maréchal Joffre, F-77300 Fontainebleau – delphine.peyrat@live.fr

François Pommier, psychiatre, psychanalyste, professeur de psychopathologie psychanalytique, codirecteur du LASI, université Paris-Ouest Nanterre La Défense ; 61, rue de Lancry, F-75010 Paris – fp@pommier.tel

1. Extrait du premier chapitre concernant le management des établissements, préambule du critère 1.C, du manuel de certification V2010, référençant les critères et outils d'évaluation des établissements de santé par la HAS. La Haute Autorité de santé (HAS) existe depuis 2005 en remplacement de l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) et est définie comme une « autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale ». Elle a pour rôle d'accréditer les établissements de santé et certains praticiens médicaux, de définir des recommandations sur les bonnes pratiques cliniques, de vérifier la légitimité des remboursements de médicaments ou soins médicaux et de maîtriser les dépenses de santé en France.

auxquels est confronté l'ensemble des professionnels exerçant en établissement de santé ». L'apparition de ce nouveau critère peut paraître à première vue insolite, de par son incongruité avec l'évolution des exigences professionnelles. Celles-ci sont en effet marquées par un impérieux productivisme utilitariste qui a plutôt pour effet d'asphyxier les aspirations humanistes des soignants, entraînant parfois un sentiment de déréalisation professionnelle. Les pratiques soignantes, lourdement affectées par un flot de contraintes économiques et administratives, éloignées de leurs inclinations premières, devraient à présent redonner priorité à l'Humain ? Comment éviter que ces velléités ne se réduisent à un nouveau « process » de résolution de problèmes éthiques ?

Il semblerait que la plupart des établissements de santé aient répondu aux instances gouvernementales par la création de comités d'éthique, la créativité et l'implication de chaque structure caractérisant la construction de ces groupes. L'élan mobilisé autour de ce nouveau souffle amène à questionner le potentiel de cette injonction à « penser éthique ». Ce temps de réflexion institutionnalisé pour interroger les décisions relatives aux soins et aux thérapeutiques peut-il trouver sa place au cœur d'un quotidien soignant tourmenté par des préoccupations qui l'en détournent ? Se pose la question du sens de ce paradoxe entre la demande et le vécu conjoncturel des soignants, laissant apparaître en filigrane l'idée que cette consigne pourrait créer et/ou renforcer un mouvement fédérateur sur la base de valeurs communes préexistantes, et devenir ainsi un vecteur de construction d'un appareil à penser l'Autre, d'un accès à l'altérité.

L'introduction de la réflexion éthique pourrait se présenter comme une occasion sans précédent de réintroduire la notion de Sujet, dans un paysage médical de plus en plus désaffectivé par une exigence de traçabilité parfois aliénante. L'appel au développement de cette démarche au sein des établissements de santé pourrait bien constituer une opportunité salvatrice d'agir sur les effets délétères d'une technocratie oppressante, venant alors remplir une fonction de modérateur pour ne plus « vivre ensemble sans autrui » (Lebrun, 2007).

EST-IL ÉTHIQUE DE DOUTER ?

Le questionnement éthique se définit comme la capacité à interroger une situation et la réponse à y apporter, ou en d'autres termes : « Comment faire pour bien faire ? » (Fuchs, 1995). Mais dans une société empreinte de maîtrise, au risque même de l'hypermaîtrise, où l'on ne tolère plus l'erreur et où la protocolisation absolue et rassurante fait loi, quelle place reste-t-il pour le doute ? En effet, si l'éthique implique de s'extraire de ce désir de contrôle

prôné par l'apologie du risque zéro, comment éviter qu'elle ne soit traitée au même titre que les risques sanitaires, et réduite à la stricte application des préconisations ? Faut-il entendre par éthique un lissage de la singularité par l'émission d'avis-préconisations généralisables, ou au contraire l'émergence de réponses circonstanciées ?

Alors qu'institutionnellement existe une pression pour se faire valoir parmi les meilleurs établissements, une demande bien incongrue d'exposer ses doutes et de les soumettre à une réflexion collégiale relève d'un inextricable paradoxe. Comment peut-on en même temps être attentif à la moindre de nos incertitudes, tout en cherchant à en maîtriser tous les aléas ? À moins que cette démarche éthique ne vienne renforcer notre fantasmagorie infailibilité, instaurant un sentiment de maîtrise et de contrôle absolu de tout risque, à travers des décisions mûrement élaborées et laissant place à l'illusion d'une reproductibilité de la gestion des situations... Le risque étant que « si tout est éthique, plus rien ne l'est » ! (Gori et Del Volgo, 2005)

Suivant la façon d'envisager la réflexion éthique, sa mise en application peut être troublée par ce que nous pourrions apparenter au concept ferenczien de confusion des langues (Ferenczi, 1932), vécue pour les uns comme une directive opérationnelle qui nierait les valeurs intrinsèques du soin, alors qu'elle serait envisagée par d'autres comme une approche à portée salutaire pour penser ses pratiques. Afin d'éviter l'impact dépressogène de ce hiatus et de s'affranchir d'un tel clivage, il semble nécessaire d'imaginer comment cette réflexion peut faire du lien et redonner du sens. Car là où pour les acteurs du soin, cette consigne pourrait évoquer des valeurs humanistes, elle pourrait représenter pour d'autres, aux prises avec une visée gestionnaire du soin, un nouveau moyen d'évaluation et de contrôle des actions menées sur le terrain. Le traumatisme de la confusion des langues décrit par Ferenczi (*ibid.*) amène l'enfant qui a subi une interprétation érotique de ses désirs de tendresse à chercher à garder l'affection de l'adulte en se soumettant à son agression. Pourrions-nous considérer de la même façon qu'à travers une « servitude volontaire » (La Boétie, 1576) normalisée par une « société de contrôle », comme la nomment les philosophes politiques postmodernes Deleuze et Negri (à partir d'une reprise de la pensée de Foucault), les sujets eux-mêmes se soumettraient avec insistance à la vigilance ? Comme si la gestion comptable du soin, tentant de colmater le vide que la relation à l'autre implique, appelait une « pratique d'incorporation » (Gutton, 1997, p. 165-188), de nouvelles directives, pour compenser un socius défaillant. Parallèlement à cette théorie des conduites addictives, selon laquelle l'incorporation d'un « objet drogue » comble un défaut d'introjection de sécurité interne, le système institutionnel s'abreuvait de protocoles, incorporant des directives qui réifient l'humain, le réduisant à un modèle comportemental

prévisible et contrôlable. Dans cette perspective, l'objet addictif comme les recommandations standardisées se substituent à la relation à l'Autre, et signent l'échec de l'acceptation de la perte du sentiment de toute-puissance.

L'aménagement d'une aire intermédiaire pour penser l'Autre, à travers une réflexion éthique, peut créer un « espace transitionnel » (Winnicott, 1975) favorable à l'intersubjectivité. Cela pourrait peut-être apaiser le besoin d'incorporer des procédures qui ne sont que des « objets transitoires », à savoir « des objets à mi-chemin entre la perception de l'autre comme totalement nié par le sujet et l'autre reconnu comme ayant une existence indépendante, des attributs et des désirs propres » (McDougall, 1982). L'objet est ainsi considéré comme transitoire, n'ayant pas la valeur d'un objet transitionnel et représentant un palliatif au vide qu'il faut renouveler constamment.

UNE ÉTHIQUE MODÉRATRICE DE LA PROTOCOLISATION DES SOINS

L'émergence des préoccupations éthiques peut résonner comme une invitation à nuancer les instructions des guides de bonnes pratiques, modérant ainsi le mouvement de standardisation des attitudes et réponses thérapeutiques. Elle pourrait alors représenter la recherche d'un équilibre entre l'héritage du paternalisme médical et les principes contemporains de respect de l'autonomie du patient. Apparaîtrait de ce fait le droit de modérer enfin l'impact de l'abondance de protocoles et directives qui aseptisent l'humain, le réduisant à un standard principalement caractérisé par son autonomie, à surtout toujours valoriser ! Le questionnement éthique pourrait ainsi représenter un compromis, un ajustement entre deux courants : d'une part les valeurs protectrices marquées par la soumission à l'autorité médicale, d'autre part la mouvance actuelle qui convoque le patient à être acteur du soin. L'éthique constituerait ainsi un trait d'union entre deux époques, sans annihiler notre histoire, sans besoin de rupture radicale avec le passé, mais en le réinstaurant de manière plus actuelle, l'héritage pouvant être revisité et incarné autrement, de manière plus nuancée. Une adaptation contextuelle pourrait ainsi prendre jour à travers l'assouplissement des préceptes de bonne pratique : nous pourrions alors considérer cette commande éthique à première vue paradoxale comme une reconnaissance des effets iatrogènes de la protocolisation excessive des soins. L'instauration ainsi formalisée de l'éthique dans les pratiques soignantes pourrait de fait générer une remise en question libératrice de l'application systématisée des règles de bonne pratique.

Ces derniers temps, une volonté excessive de mettre l'individu au cœur du dispositif de soin prime, si bien que l'on finit par en perdre de vue sa spécificité. Plusieurs recommandations ont été formulées, arguant du fait que le patient est à considérer comme un être autonome, et qu'à ce titre

doivent lui être transmises toutes les informations nécessaires afin qu'il prenne la meilleure décision pour lui-même. L'humain ainsi standardisé, défini comme capable de rédiger des directives anticipées ou de faire des choix cornéliens concernant sa propre santé, devient fantasmatiquement, en tout cas pour le corps médical et paramédical, maître absolu de sa santé. Si certains patients y sont aptes et se saisissent de cette invitation à la maîtrise, qu'en est-il de tous ceux pour qui ces situations sont anxiogènes et paralysantes émotionnellement et intellectuellement ?

Il semblerait que les préoccupations éthiques tendraient ainsi à restaurer et instituer l'Homme derrière le patient modélisé. Nous observerions le passage d'une uniformisation du sujet caractérisée par la conviction de connaître ses besoins et la manière d'y répondre, à une certaine humilité traduite par le questionnement éthique. Il s'agirait désormais de partir du principe qu'on ne sait pas forcément ce qui est bon pour le malade, et qu'il faudrait aller à sa rencontre pour obtenir de lui ces informations. Bien sûr, cette démarche peut faire également l'objet d'une standardisation de l'approche du sujet, en diffusant des questionnaires d'entrée, pourquoi pas même à faire remplir par le patient lui-même. Mais ce recueil risque de très vite montrer ses limites dans la recherche de réponse idoine à une prise en charge globale. Peut-être faudra-t-il encore en passer par là, avant de pouvoir y renoncer ?

L'éthique peut ainsi s'incarner en une invitation à interroger les préoccupations du malade, sans néanmoins l'abandonner à son triste sort de « patient autonome », en recherchant à travers l'alliance thérapeutique la meilleure prise de décision possible.

L'ÉTHIQUE COMME ACCÈS À L'ALTÉRITÉ

L'éthique serait-elle, par la réflexion qu'elle implique, une tentative de percevoir l'Autre dans ses différences, au cœur d'un paysage borné par un arsenal de principes et de directives édictant les bonnes pratiques ? Si « l'éthique implique le respect absolu de l'altérité » (Korff-Sausse, 2007, p. 31-44), le comité d'éthique pourrait alors se concevoir comme schème paradigmatique d'un nouvel accès à l'Autre, au travers de principes déontologiques, de références socioculturelles et de textes de Loi, dont la fonction structurante était auparavant occupée par la morale et la religion. Une différence notable se trouve dans la destitution du système binaire composé par le bien et le mal, ce dernier se trouvant éclipsé par la tentative d'appréhender la complexité des paramètres constitutifs d'une problématique.

Est-ce à dire que l'éthique participe, de par sa vision kaléidoscopique constituée de différentes approches, à développer un sens aigu de la

rencontre de l'Autre ? Cette intention peut glisser vers le désir illusoire de parvenir à trouver des réponses individualisées pour chaque cas, si elle s'associe à une négation des règles et donc des contraintes institutionnelles. L'éthique serait alors mise au service du fantasme d'un affranchissement du manque en cherchant à combler toutes les failles, et pourrait faire évoquer les effets délétères d'une toute-puissance maternelle. Une analogie avec le concept winnicottien de mère suffisamment bonne nous inviterait ainsi à l'imaginer en bonne mère toute-puissante. Le principe fondateur reste celui de viser à trouver comment agir au mieux pour le patient, en cherchant à être le moins nocif possible, et donc à renoncer à être dans la réparation totale. Il ne s'agit pas de trouver la meilleure solution, mais bien la moins mauvaise ! La posture éthique implique, de facto, la reconnaissance de l'impossible, le deuil d'un idéal absolu, et pose la nécessaire limite au désir de tout combler.

Lorsque la quête de réponse « la plus adaptée possible » s'appuie sur la prise en considération des contraintes du réel, et donc sur l'acceptation de ne pas être tout-puissant, la réflexion éthique peut apparaître comme une forme d'institutionnalisation, d'ancrage de la capacité à prendre en compte la différence de l'autre. L'éthique s'apparente alors à une injonction à penser tous les enjeux propres à une situation problématique.

Ne verrions-nous donc pas apparaître *via* les principes éthiques une nouvelle forme de valorisation ou du moins d'intégration de la différence ? Les valeurs éthiques se constituent comme canevas à partir duquel broder les réponses, pour penser le fonctionnement institutionnel à partir de l'individu, ce qui revient à partir du singulier pour ajuster le commun. L'éthique devient ainsi un moyen d'assouplir la règle, de la revisiter sous l'angle d'une prise en considération du vécu et du ressenti, chaque problématique apparaissant comme un cas de jurisprudence à analyser, au regard des principes éthiques, pour inventer, adapter les réponses. Plus que la réponse trouvée, c'est la formalisation d'un dispositif à penser, l'invitation à créer, qui semblent être portées par l'instauration de comités d'éthique. Métaphoriquement, cette perspective pourrait s'éclairer au regard de la fonction alpha décrite par Bion (1962), le comité d'éthique métabolisant ainsi les éléments bêta transmis par le patient, pour les élaborer et les transformer, afin de les inscrire dans un fonctionnement propre à l'institution. Permettant ainsi l'émergence d'une cohérence entre le ressenti du patient et sa prise en charge soignante, le comité d'éthique peut être envisagé comme la médiation catalytique favorisant une recherche d'accordage, au sens entendu par Stern (1989), entre le patient et les soignants.

Cette démarche peut se caractériser par un état d'esprit, une culture, un ensemble de valeurs, qui ont aussi à tenir compte des intérêts écono-

miques qui guident bon nombre de prises de décision. L’empreinte éthique dans les soins ne peut être exclusivement motivée par le souci de satisfaire le client, ou d’obtenir l’accréditation des autorités de tutelle. Alors que le clientélisme menace de dénaturer la relation en en faisant une prestation, l’éthique réoriente ce glissement de valeurs, en naturalisant l’identité première du soin. La recherche de la satisfaction du client persiste, mais y est intégrée une nouvelle donnée essentielle et fondamentale, à savoir l’écoute du patient-client, pour mieux saisir sa problématique et envisager l’issue la mieux adaptée à sa situation. La contrainte éthique réinstaura au cœur d’une logique consumériste un devoir d’écoute afin que le patient ne soit plus « informé sans être écouté » (Gori et Del Volgo, 2005). Les écueils de la marchandisation du soin sont intégrés et adaptés à l’évolution structurelle de notre société, *via* une attention particulière portée aux besoins du patient, la réflexion éthique se faisant l’écho de cette exigence nouvelle. Pour certains, la finalité de cette démarche sera financière ; pour d’autres, ce sera la satisfaction du travail bien accompli, ou encore le bien-être apporté au patient. Mais l’éthique ne rassemble-t-elle pas ces finalités diverses en la recherche d’un objectif commun : celui d’apporter la meilleure réponse possible aux besoins du patient, même considéré comme un client ? Les valeurs éthiques peuvent ici apparaître comme créatrices de lien et de cohérence entre des aspirations humanistes et les contraintes du réel.

L’ÉTHIQUE, PARADIGME D’UNE AUTORITÉ CONSULTATIVE

L’éthique représente un référentiel de valeurs communes, auquel s’adjoint l’art du questionnement. Cette autorité nouvelle édifie des principes structuraux pour donner un sens, une orientation aux actions menées. Lebrun (2007) s’interroge sur la pérennisation de la place d’exception, autorité symbolique qui implique la référence à l’impossible. Nous pouvons alors parallèlement nous questionner à propos de la supplantation du modèle social organisé selon la morale par l’émergence de ces nouvelles valeurs dites éthiques. La légitimité de cette fonction modernisée se trouverait dans la condition d’offrir à chacun un droit d’expression, et donc un statut consultatif, comme une participation collaboratrice à la décision. La position dogmatique du chef se verrait réaménagée : celui-ci aurait le pouvoir de décision, mais dans le respect de l’avis des consultants. Cette remise en question du modèle pyramidal, entraînant un risque de déni de la différence des places, illustrerait la crainte de Gauchet (2002) : « Ce ne sont plus les dérives du pouvoir qui sont à craindre, ce sont les ravages de l’impouvoir » et l’affirmation de Lebrun (2007) : « Si nous nous pensons libérés de toute chefferie, de toute incomplétude, de la transcendance et du transcendantal, on va se

croire affranchi de toute différence de places et donc aussi du vide que cette différence laisse entrevoir. »

Le statut consultatif d'un comité d'éthique peut sembler pouvoir perturber la représentation des places hiérarchiques, chacun étant reconnu comme une autorité. Cependant, la pluridisciplinarité vient marquer symboliquement le vide intrinsèque relatif à la spécificité des fonctions de chacun, pouvant ainsi se révéler garante de l'intersubjectivité et de la différence des places. Par ailleurs, Châtel (2013) relève que ce glissement observé de la culture du chef vers celle de la collégialité, du savoir magistral, et donc implicitement du pouvoir, vers le doute travaillé ensemble dans la pluridisciplinarité, laisse émerger une civilisation de l'incertitude, qui pourrait représenter le pilier d'une nouvelle inventivité.

Certains pourraient rapprocher cette démarche d'une forme de management participatif, donnant l'illusion à chacun d'être à l'orée de sa propre création, dans un fantasme d'autoengendrement. Envisagé comme tel, le message latent serait celui de laisser croire que la parole, dès lors qu'elle est émise, a un pouvoir autre que celle d'un avis ou d'un conseil. Le cadre de fonctionnement du comité doit donc explicitement définir la valeur donnée à la parole échangée : celle d'un éclairage, d'un support à la réflexion. Le comité d'éthique fédère les acteurs du soin autour d'un référentiel commun, support au travail de la pensée. La fonction régulatrice de ce contenant groupal peut se trouver dans la valeur narcissisante de cette identité commune.

Le médecin se trouve-t-il encombré par cette nouvelle contrainte, qui l'oblige à ne plus faire cavalier seul, soutenu dans ses responsabilités, se sentant moins isolé face à des problématiques qui dépassent parfois le seul spectre de la décision médicale ? La pluralité des manières de penser a-t-elle pour effet d'entraîner la paralysie de tout jugement, comme le soulignent Lebrun et Volckrick (2005) ? Pour s'inscrire dans le concret, l'éthique comme discipline philosophique aurait une visée pratique en analysant tous les enjeux et paramètres d'une situation, et trouverait sa fonction normative dans les règles déontologiques. Kaës (2012) souligne que les « croyances et les mythes ont été ébranlés et avec eux les deux fonctions vitales qu'ils assurent : la base narcissique de notre appartenance à un ensemble social et le système des représentations suffisamment sûres et stables pour que nous puissions exister, penser, et communiquer dans la différence ». Partager un même système de valeurs qui repose sur le souci de conjuguer les contraintes économiques structurelles à la prise en compte des besoins du patient, c'est parler peut-être enfin le même langage, et se retrouver dans « suffisamment de pareil » pour s'ouvrir sur « un peu de pas pareil » (Haag, 1985, p. 107-114).

Dans cette perspective, la vague d'individualisation sans précédent dans l'histoire ne représenterait plus une désaffection de l'intérêt général,

mais une tentative d'articulation des contraintes du collectif aux besoins singuliers. Nous assisterions ainsi à l'instauration d'une autorité construite dans une recherche d'horizontalité, les réflexions individuelles participant à l'élaboration de la décision finale, puisque « l'attention éthique doit impérativement s'exprimer dans le cadre d'une concertation publique, intègre, courageuse, cohérente et constructive, qui incite les uns et les autres à mieux comprendre le sens d'une responsabilité partagée » (Hirsch, 2013, p. 75-80).

CONCLUSION

Les dérives de la normalisation de l'individu se trouvent pointées par le questionnement éthique qui, en rappelant la complexité du sujet, représente une opportunité privilégiée pour favoriser l'accès à l'altérité et soutenir les efforts adaptatifs des soignants. Les valeurs éthiques peuvent ainsi constituer les fondations à la construction de représentations communes, édifiées en référentiels, lissant les aspérités entre les contraintes de l'*homo economicus* et celles de l'idéal soignant.

L'instauration formalisée d'une réflexion éthique au sein des établissements peut se prêter comme métacadre (Bleger, 1979), agissant comme une enveloppe suffisamment contenant pour permettre l'élaboration d'une approche relationnelle, affranchie du joug d'une médecine normative. Au dogmatisme du quantifiable, du mesurable, cette nouvelle préconisation peut être envisagée comme une tentative de réparation des effets délétères de la standardisation scientiste de l'humain.

BIBLIOGRAPHIE

- BION, W. 1962. *Aux sources de l'expérience*, Paris, Puf, 1979.
- BLEGER, J. 1979. *Psychanalyse de cadre psychanalytique*, dans R. Kaës et coll., *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod.
- CHÂTEL, T. 2013. *Morts, limites et société*, Lille, congrès de la SFAP, 13-15 juin.
- FERENCZI, S. 1932. *Confusion des langues entre les adultes et l'enfant*, Paris, Payot, 2004.
- FUCHS, E. 1995. *Comment faire pour bien faire ? Introduction à l'éthique*, Genève, Labor et Fides.
- GAUCHET, M. 2002. *La démocratie contre elle-même*, Paris, Gallimard.
- GORI, R. ; DEL VOLGO, M.-J. 2005. *La santé totalitaire – Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Flammarion, coll. « Champs Essais », 2009.
- GUTTON, P. 1997. « Pratiques de l'incorporation », *Adolescence*, 165-188.
- HAAG, G. 1985. « La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps », *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, n° 23, 107-114.
- HIRSCH, E. 2013. « Cancer : de l'engagement éthique à la responsabilité politique », *Psycho-oncologie*, 7.

- KAËS, R. 2012. *Le Malêtre*, Paris, Dunod.
- KORFF-SAUSSE, S. 2007. « L'éthique, un mot dangereux », *Cliniques méditerranéennes*, vol. 2, n° 76, 31-44.
- LA BOÉTIE, E. de. 1576. *Discours de la servitude volontaire*, Paris, Mille et une nuits, 1997.
- LEBRUN, J.-P. 2007. *Perversion ordinaire : vivre ensemble sans autrui*, Paris, Denoël.
- LEBRUN, J.-P. ; VOLCKRICK, E. 2005. *Avons-nous encore besoin d'un tiers ?* Toulouse, érès.
- MCDUGALL, J. 1982. *Théâtre du Je*, Paris, Gallimard, 2004.
- STERN, D. 1989. *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, Puf, coll. « Le fil rouge ».
- WINNICOTT, D.W. 1956. *La mère suffisamment bonne*, Paris, Payot, 2006.
- WINNICOTT, D.W. 1975. *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 2002.

Résumé

Les établissements médico-sociaux sont invités par les autorités de santé à réfléchir à une démarche éthique. Ainsi se sont multipliés dans différents lieux de soin, des comités dits d'éthique comme réponse à cette injonction. La question de la signification de cette commande et de la manière dont les personnels soignants peuvent s'en saisir nous semble fondamentale. En effet, à l'ère de la standardisation et de la protocolisation des soins, comment s'approprier cette demande qui peut paraître à plusieurs égards paradoxale, nécessitant de s'« arrêter pour penser », là où les contraintes institutionnelles engendrent davantage un suractivisme forcené ? L'éthique comme vecteur de valeurs communes pourrait renvoyer les soignants au même objectif partagé, à savoir une prise en charge optimale du patient. Cette requête, prenant ainsi tout son sens, pourrait alors revêtir une fonction institutionnelle structurante.

Mots-clés

Éthique, santé, institution, altérité, recommandations.

BEYOND THE ETHICS LABEL : PARADOXES AND INSTITUTIONAL STAKES

Summary

The medical and social institutions are invited by the Health authorities to reflect on an ethical approach. Thus multiple Ethical Committees have developed in different care facilities as a response to this injunction. The question of the significance of this order and the way that caregivers can take hold of it seems fundamental to us. Indeed, in the era of standardization and treatment operating procedures, how can one take over this demand that seems in certain respects paradoxical, necessitating to « stop in order to think » where the institutional restraints breeds more of a maniac activism ? Ethics as a vector of common values could mean that the caregivers have a shared objective, namely an optimal care of the patient. This request, taking in this way all its meaning, could then take on a structured institutional importance.

Keywords

Ethics, health, institution, otherness, recommendations.