

L'intention éthique en institution médico-sociale



« Le doute est le commencement de la sagesse »

Aristote

Préambule

Le périodique « repères éthiques »

L'objectif de ce périodique est de susciter la réflexion éthique des professionnels et futurs professionnels sur un thème lié à la qualité de vie des personnes vivant au sein des établissements. Il fait partie d'une série, diffusée à intervalles réguliers depuis l'année 2014. Chaque numéro a donc un thème particulier touchant de près le monde professionnel et ses pratiques. Celui-ci sera parfois lié au quotidien (l'éveil, le coucher, l'alimentation, l'activité, la toilette...), parfois de portée plus générale (la sexualité, le consentement, le deuil, le langage, le statut d'adulte...).

A chaque fois, ces thèmes seront traités du point de vue de l'éthique et de la psychologie générale, non pas dans une démarche de « vérité », mais dans une nécessaire interrogation concernant nos pratiques et la primauté qui doit être accordée à la personne et à son bien-être.

Le dixième thème : l'intention éthique en institution médico-sociale

Dans cette publication, nous nous sommes attachés à explorer les enjeux de l'intention éthique au sein des institutions médico-sociales.

Tout à la fois recul sur la pratique et pratique du recul, l'éthique traverse le dispositif institutionnel et ses différentes dimensions, dans une recherche permanente de sens et d'ajustement décisionnel.

Cela constitue une précieuse opportunité de réflexion autour de l'accompagnement de la personne et de sa prise en compte en tant que sujet au sein des établissements d'accueil et de vie.

L'auteur

Lucas Bembem, Psychologue clinicien.

Sommaire

1) Introduction	1
2) Considérations étymologiques	2
3) Notions théoriques : une certaine définition de l'éthique	3
A) <u>Généralités</u>	3
B) <u>L'éthique selon Paul Ricoeur</u>	4
a. La visée : l'éthique comme intention	5
b. Avec et pour les autres : l'éthique est intersubjective	5
c. Qu'est-ce qu'une institution juste ?	6
4) Enjeux institutionnels	7
A) <u>Le nécessaire dépassement de la pluridisciplinarité</u>	7
B) <u>Vignette clinique : l'institution à l'épreuve du pacte dénégatif</u>	10
C) <u>Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles</u>	13
5) Conclusion	16
6) Bibliographie	17

1) Introduction

Depuis plusieurs années, la dimension éthique semble bénéficier d'une reconnaissance croissante dans notre société. Qu'il s'agisse du domaine scientifique ou social, l'interrogation et la recherche d'ajustement au contexte deviennent peu à peu des étapes normatives de la balance décisionnelle, jusqu'à figurer au cœur même de certains textes légaux.

Le domaine de l'accompagnement médico-social ne fait pas exception à cette tendance actuelle, notamment depuis la loi 2002-2 et l'obligation qu'elle a rappelée de placer la personne au centre de son accompagnement. La reconnaissance de la personne en situation de handicap en tant qu'actrice de son projet de vie n'est en effet pas sans poser de difficultés conceptuelles¹. Son statut de décisionnaire, par exemple, n'est pas si simple à respecter ou même à faire exister au quotidien. Si nulle éthique ne saurait naître d'une réglementation, les défis engendrés par cette dernière semblent en revanche être de puissants moteurs pour sa promotion. Bien que cet attachement aux démarches d'interrogation ne peut être que profitable aux personnes, il reste cependant porteur d'écueils si la pensée même de l'éthique ne fait pas l'objet d'une vigilance particulière. Il est, en effet, tout autant essentiel de promouvoir l'éthique que la « méta-éthique », c'est-à-dire la réflexion éthique sur ce qu'est le processus éthique et ce que suppose sa mise en œuvre au sein des établissements.

Une éventuelle absence de vigilance à ce niveau peut générer plusieurs risques ; notamment celui d'un abandon de la position réflexive. D'une recherche permanente d'interrogation et de questionnement, il est relativement aisé d'atteindre une posture de réglementation et de certitude quant aux pratiques estimées « bonnes ». Pour peu que la pensée se fige dans une formalisation faisant écho au besoin de stabilité des institutions, l'ajustement (troublant mais nécessaire) peut disparaître au profit de postures rassurantes mais rigides. L'identification et la formalisation de ces pratiques, de plus en plus fréquentes au sein des établissements, n'ont pas que des avantages car elles peuvent peu à peu scléroser les possibilités d'adaptation professionnelle à un contexte toujours mouvant et incertain. A ce niveau, le dévoiement de la notion de « bientraitance » et sa transformation en une sorte de moralisation menaçante de la pratique professionnelle sont très révélateurs.

Afin de réfléchir à ce risque institutionnel fondamental, nous avons souhaité porter notre attention sur le concept même d'éthique, ainsi que sur sa mise en œuvre au sein des dispositifs institutionnels. Après quelques **considérations étymologiques**, nous nous attacherons donc à proposer **une certaine définition de l'éthique** afin d'établir les bases de notre approche.

Par la suite, nous explorerons les implications portées par cette définition au sein des établissements. Il s'agira alors de repérer quelques **enjeux institutionnels** nécessitant une vigilance particulière. Parmi ces enjeux, **la question des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles** se posera, ainsi que celle de la **pluridisciplinarité et de son nécessaire dépassement**.

Une **conclusion** viendra enfin résumer le propos et présenter quelques perspectives.

¹ Difficultés d'ailleurs abordées dans nos précédents travaux. Voir Bembem, L., Kaiser, L., Kalis, C., *Le projet de vie de la personne accueillie*, Repères éthiques, Avril-mai-juin 2015.

2) Considérations étymologiques

Le terme « éthique » provient du grec « *Ethikos* » (« *moral* »), lui-même dérivé de « *Ethos* » (« *mœurs* »). Traditionnellement, l'éthique est donc une discipline philosophique désignée comme « science de la morale et des mœurs ». A ce titre, elle se préoccupe de notions telles que la finalité de l'existence humaine, les valeurs d'une vie « bonne », le bonheur, ou encore le « bien » et le « juste ». De manière générale, il s'agit de réfléchir à ce qui rend le monde habitable par et pour l'homme.

Etymologiquement, la différenciation entre l'éthique et la morale est donc aussi ténue qu'incertaine. Cependant, cette discipline s'est colorée au fil du temps d'une certaine spécificité l'écartant en finalité de la science morale contemporaine.

Cette prise de distance entre éthique et morale est particulièrement explicite dans la pensée de **Pierre Reverdy**, lorsqu'il énonce que « *l'éthique, c'est l'esthétique du dedans* »².

L'esthétique est en effet à concevoir ici dans son sens classique de discipline philosophique. Dans ce cadre, elle est décrite par **Michel Blay** comme « *la théorie, non de la beauté elle-même, mais du jugement qui prétend évaluer avec justesse la beauté, comme la laideur* »³.

Nous voyons donc que cet attachement à la question du jugement suppose une distance vis-à-vis de la morale dans nos sociétés contemporaines. En effet, le jugement subjectif dans l'application d'une décision est difficilement conciliable avec l'impératif catégorique d'**Emmanuel Kant**⁴, propre à la science morale.

Cette différenciation se retrouve dans les écrits d'**André Comte-Sponville**⁵, lorsqu'il considère que l'ordre moral répond au devoir tandis que l'ordre éthique s'appuie sur les sentiments.

Ainsi, le premier se base sur la volonté de l'homme (c'est-à-dire sa raison, au sens kantien du terme), alors que le second prend naissance dans son amour de l'autre. Il s'agit alors de différencier ce qui s'impose de ce qui se ressent, et par là d'établir une frontière entre l'impératif moral et la sensibilité éthique.

Si ce « Repères éthiques » s'intitule « l'intention éthique en institution médico-sociale », c'est bien en raison de cette distinction contemporaine. En effet, l'intention est une notion très précise issue du latin « *intentio* » (« *action de tendre, application de la pensée, attention, effort vers un but* »), dérivée de « *intendere* » (« *comprendre* »).

Cela nous semble adapté à ce que peut être une éthique perçue comme relativité. L'intention suppose en effet de comprendre quelque chose du monde et de tendre vers un certain but en y prêtant notre attention et nos efforts. Par ailleurs, cela nous permettra d'inscrire notre réflexion dans un cadre théorique bien particulier, que nous allons à présent décrire dans quelques notions théoriques.

² Reverdy, P., *Le livre de mon bord - Notes (1930-1936)*, 1948.

³ Blay, M., *Dictionnaire des concepts philosophiques*, Larousse, CNRS éditions, 2006.

⁴ Kant, E., *Métaphysique des mœurs* (1795), Trad. Alain Renaut, Paris, Garnier-Flammarion, 1999

⁵ Comte-Sponville, A., *Le capitalisme est-il moral ?*, Albin-Michel, 2004.

3) Notions théoriques : une certaine définition de l'éthique

A) Généralités

Nous l'avons vu, définir ce qu'est l'éthique n'est pas chose aisée. En effet, cette dernière n'est pas une théorie spécifique qui viendrait à être construite et appliquée dans un registre bien circonscrit. Bien davantage, elle apparaît comme un champ composite en constante évolution, articulant différentes considérations philosophiques éminemment subjectives. Dans le cadre d'un établissement médico-social, elle est donc plus transversale que focale, dans la mesure où le jugement qu'elle propose traverse l'ensemble du dispositif institutionnel et des pratiques professionnelles qu'il génère et rend pensables.

Bien entendu, cette dimension de transversalité n'empêche pas l'existence d'« assises » formalisées de l'éthique. Issue des réflexions de théoriciens connus et reconnus, chacune d'entre-elles n'est cependant qu'un angle de vue n'embrassant pas l'ensemble de ce vaste champ de pensée. Aucun de ces « fragments dimensionnels » n'a donc pour vocation d'en supplanter un autre : ils constituent plutôt des éléments complémentaires s'enrichissant mutuellement.

Pour disparates qu'ils puissent être, ces angles de vue s'articulent tout de même autour d'un certain nombre de « valeurs » considérées comme fondatrices dans la mise en sens de l'activité humaine. C'est précisément dans le kaléidoscope de ces valeurs que se situe la richesse d'un prisme éthique n'abordant pas la pratique à l'aune unique d'une conception sclérosante et fortement conditionnée par l'épistémè de son époque.

Au nombre de ces valeurs, nous pouvons compter la vertu (**Aristote, Kant**), la responsabilité (**Lévinas**), le care (**Gilligan**) ou encore la justice (**Rawls**). Toutes entrent en résonance les unes avec les autres et nous permettent de parler d'un champ éthique prismatique et non-dogmatique.

Un premier essai de définition pourrait donc être celui-ci : l'éthique s'inscrit dans un ensemble théorique portant sur des valeurs influençant la prise de décision.

Cette première base conceptuelle exclue d'emblée toute notion d'affirmation, puisqu'il s'agira plutôt d'interrogation et de nuance à partir de concepts subjectifs. En cela, comme nous l'avons exposé précédemment, la réflexion éthique se distingue de la morale (tout comme de la déontologie et du droit) par son échappement de l'impératif et son inscription dans une radicale contextualité.

Cette distinction ne vise cependant pas à nier l'existence de l'éthique dans ces domaines (nous avons d'ailleurs pu voir en *supra* que l'éthique et la morale furent, à l'origine, indifférenciées) mais bien à la considérer comme une dimension de dépassement que leur focalisation intrinsèque rend nécessaire. Pour cette raison, la transversalité éthique amène la possibilité, en chacun de ces champs spécifiques, de comporter une réflexivité multidimensionnelle dépassant leur simple cadre épistémologique. Par exemple, nous retrouvons cette logique de dépassement lorsqu'il est question de différencier le légal du légitime⁶, le bien du bon⁷, ou encore de réaliser une balance décisionnelle

⁶ Le légal étant issu du droit dit « positif » (la loi et ses textes) tandis que le légitime provient du droit dit « naturel » (la notion de justice sociale et d'équité). La nuance du premier par le second donne lieu, par exemple, aux jurisprudences lorsque le texte de loi se retrouve inopérant ou excessivement interprétable.

au sujet d'une règle déontologique dont l'application devient problématique en raison d'un contexte particulier⁸.

Lorsque nous posons le principe d'une éthique comme transversalité, nous souhaitons simplement affirmer sa double essence : elle est une pratique réflexive tout autant qu'une réflexion sur la pratique (quel que soit le champ dans lequel s'inscrit cette dernière).

Par exemple, dans cette optique, il n'y a pas « l'éthique et la morale » en tant qu'entités distinctes. Il y aurait plutôt, selon nous, « la démarche éthique au sein de la morale ».

Dans un registre plus concret, il ne nous semble pas judicieux de considérer l'éthique et l'institution comme deux choses indépendantes (l'une dictant à l'autre la « bonne » chose à faire ou à penser). Il s'agirait plutôt de les considérer comme l'avant et le revers d'une même médaille : c'est le contexte institutionnel qui permet à l'éthique de se déployer en tant que dimension transversale ; et c'est l'éthique qui colore le vécu institutionnel grâce à une posture réflexive lui permettant de dépasser le statut de simple organisation du travail.

S'il est important de fixer des règles et des limites à l'institution, ses professionnels et ses usagers⁹, il est également essentiel d'interroger ces règles au regard de la réalité partagée et des enjeux qu'elle implique. Il n'y a donc pas, ici, deux champs mais plutôt deux dimensions co-dépendantes se déployant au sein d'un champ unique qui reste fondamentalement celui de l'accompagnement du sujet.

B) L'éthique selon Paul Ricœur

Dans le cadre de ce « Repères éthiques », nous avons fait le choix de partir d'un point de vue spécifique, proposé par **Paul Ricœur** et explicité par **Régine Scelles**¹⁰. La conception que **Ricœur** a pu développer dans ses écrits nous semble à même d'éviter la focalisation sur une valeur plutôt que sur une autre. Par ailleurs, elle inclut les aspects institutionnels nécessaires à tout abord des pratiques en établissement médico-social.

Cette définition nous semble comporter, de plus, l'intérêt d'être à même d'inclure les différents enjeux que convoque la rencontre avec des personnes très vulnérables.

Il sera donc question dans cet écrit d'une éthique perçue comme la « visée d'une vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes »¹¹.

Afin de clarifier au maximum notre propos, les termes qui composent cette définition vont faire l'objet d'une attention particulière.

⁷ Une considération morale affirme ce qui est bien ou mal. A partir de là, elle devient un absolu qui ne peut être remis en question en tant que tel. C'est par la démarche éthique que ce « bien » devient éventuellement un « bon » ou un « juste » par l'examen de sa réalité relative à l'aide de principes de jugement (c'est ici qu'interviennent les « valeurs relatives » comme la vertu, la responsabilité ou encore la sollicitude).

⁸ Comme, par exemple, l'obligation du secret médical face à une situation de maltraitance.

⁹ Le statut d'utilisateur supposant celui de citoyen, priver la personne des devoirs qu'elle pourrait assumer n'est pas moins discriminant que de la priver de ses droits.

¹⁰ Scelles, R. (Dir.), *Handicap : l'éthique dans les pratiques cliniques*, Ed. Erès, 2008.

¹¹ Ricœur, P., *Soi-même comme un autre*, Paris : Le Seuil, 1990.

a. La visée : l'éthique comme intention

La première dimension convoquée par cette définition est celle de la visée. L'éthique, en quelque sorte, ne peut pas exister de manière autarcique. Plus qu'une réalité concrète, elle est un projet qui n'aboutit jamais tout à fait.

Nous ne mettons pas l'éthique en pratique comme nous le ferions pour une règle ou une loi : nous la construisons et la faisons exister en permanence dans les méandres de nos doutes et de nos interrogations. **Plus qu'une pratique, elle est ce qui nous permet de penser la signification et le but de nos pratiques.** Elle est donc davantage une intention qu'une application.

Dans ce sens, **Ricœur** parle précisément d'« intention éthique »¹², c'est-à-dire d'un dynamisme de pensée orienté vers la recherche d'une action juste. Ainsi, la visée est une manière de situer le projet éthique dans le champ de la perpétuelle interrogation plutôt que dans celui de l'affirmation et de la certitude.

En cela, nous retrouvons les propos de **Caspar**, lorsqu'il écrit que « *l'authentique éthique philosophique ne s'est jamais départie de cette référence constante à l'homme empêtré dans toutes ses contradictions intimes et les aléas de son existence* »¹³.

Cela ouvre la voie à l'abord d'une deuxième dimension impliquée par la définition que nous avons retenue : le projet éthique n'existe, finalement, que dans la relation à l'autre et à soi-même, avec tous les paradoxes et aléas que cela suppose.

b. Avec et pour les autres : l'intention éthique est intersubjective

Nous l'avons vu : l'éthique est une intention. Dans le champ médico-social, cette coloration de pensée prend place au sein d'une relation établie avec des personnes parfois très vulnérables. La pensée de **Ricœur** peut nous aider à conceptualiser cette nature intersubjective. Cet auteur pose en effet les fondements d'une posture acceptant l'autre tel qu'il est et non tel que nous voudrions qu'il soit ou qu'il devienne.

En effet, pour **Ricœur**, l'intention éthique est celle d'un « Je » inscrit dans une relation avec un « Tu ». Toute la complexité de cette approche réside dans le fait que le « Tu » qui nous fait face est lui-même un « Je » qui nous considère, de son point de vue, comme un « Tu » qui s'adresse à lui. Par ailleurs, ce couple existe au sein d'un « Nous » (relationnel, mais également social, institutionnel, politique, fantasmatique...) qui influence la relation et la rend à chaque instant singulière.

Dans ce « Je – Tu – Nous » réside peut-être un avertissement phonétique : il s'agira de penser les contradictions et les écueils de cette intersubjectivité contextuelle afin d'éviter que cette triangulation ne devienne une impasse. Aliénés par des contextes ou des difficultés de pensée, nous pourrions en effet transformer l'espace de rencontre du « Je – Tu – Nous » en un « Je nous tue » oblitérant l'autre comme sujet ou comme partenaire de relation.

¹² *Ibid.*

¹³ Caspar, P., *L'exigence éthique, la personne handicapée*, in Vaginay, D., *Trisomie 21. Transmission et intégration : pour quelle éthique ?*, Chronique sociale, 2000, pp 15-95.

C'est en ce sens que la notion d'intention éthique intersubjective nous semble fondamentale dans la posture de doute et de relation qu'elle implique. Aborder l'autre (même très vulnérable ou déficitaire) comme un sujet devient moins difficile lorsque nous le considérons comme un Je autant que comme un Tu ; tout en réfléchissant sur le Nous qui habite nécessairement l'espace dans lequel la relation s'inscrit.

Ainsi, de ces deux dimensions, nous pouvons retenir que le projet éthique se base sur une intention et demeure un devenir plutôt qu'un existant. Par ailleurs, ce devenir concerne toutes les personnes engagées dans la relation, mais également le contexte dans lequel elles interagissent. Ce dernier, dans le projet, est celui d'une institution dite « juste », ce qui reste à expliciter.

c. Qu'est-ce qu'une institution juste ?

Cette dernière dimension est probablement la plus complexe à élucider car la plus subjective.

Au sein de ce « Repères éthiques », notre réflexion s'étayera sur quelques bases déterminant, pour nous, ce que pourrait être une institution dite « juste ». Il ne s'agit pas d'une vérité ou d'une affirmation, mais bien d'un choix délibéré répondant à nos valeurs humanistes et professionnelles.

En premier lieu, nous partirons du principe qu'une institution est avant tout un dispositif créant du « vivre ensemble » construit, partagé et vécu par des personnes singulières.

En second lieu, chacune de ces personnes singulières sera considérée comme créatrice de sa propre réalité au sein d'un espace co-construit de signification partagée. En cela, nous nous basons sur le développement théorique de **Cornélius Castoriadis** au sujet de l'imaginaire radical¹⁴ et de ses liens avec la création permanente et collective de la société.

Enfin, ce « vivre ensemble », partagé par des sujets ayant une pensée et une réalité qui leur sont propres, sera considéré comme une opportunité de créer un espace de bien-être dans lequel chacun verra sa singularité (et sa dignité) reconnue et protégée.

Ainsi, une institution « juste » prendra la signification, dans le cadre de cet écrit, d'un dispositif permettant la mise en sens d'une relation entre des personnes, avec l'intention de promouvoir une existence collective à même de favoriser l'épanouissement et la reconnaissance de chacun. En d'autres termes, notre propos visera la possibilité, pour chacun, d'être un « Je » autant qu'un « Tu », au sein d'un « Nous » garantissant un dynamisme de pensée évitant la mise en impasse et la violence sous toutes ses formes.

Pour cela, nous nous attacherons à préciser quelques enjeux rencontrés au sein des établissements médico-sociaux. Notre but sera, au regard de cette définition de l'éthique et du projet d'institution qu'elle porte, d'aborder la manière dont ils peuvent être mis en sens dans le dispositif du vivre-ensemble. Ces enjeux sont loin d'être les seuls à pouvoir être étudiés, mais leur fréquence au sein des problématiques d'accompagnement rend leur abord aussi nécessaire qu'important pour tout professionnel impliqué dans une relation complexe et mouvante avec une personne en situation de grande vulnérabilité.

¹⁴ Castoriadis, C., *L'institution imaginaire de la société*, 1975.

4) Enjeux institutionnels

L'espace institutionnel et ses différents écueils constituent une inépuisable source de réflexion. Rappelons que c'est dans ce « Nous » que s'inscrivent le « Je », le « Tu » et les conditions de leur rencontre et reconnaissance mutuelle. Si le « Je » et le « Tu » ont pu être quelque peu abordés dans nos précédents travaux (bien qu'il y ait encore beaucoup à dire)¹⁵, c'est sur deux points de vigilance particuliers au sujet du « Nous » que nous avons souhaité porter notre attention dans le cadre de cet écrit.

En premier lieu, nous souhaitons aborder l'idée que la transversalité éthique semble nécessiter le dépassement de la notion de pluridisciplinarité. Ainsi qu'**Albert Ciccone** l'a écrit, « *le point de vue pluridisciplinaire recherche souvent la maîtrise toute-puissante* »¹⁶. Or, il s'agira ici de montrer que les notions d'interdisciplinarité et de transdisciplinarité semblent constituer de réelles opportunités de déploiement d'une intention éthique détoxifiant le vivre-ensemble de cet écueil. Cela nous permettra également de montrer que la transdisciplinarité reste une précieuse voie de résolution lorsque se mettent en place des impasses telles que les pactes dénégatifs décrits par **René Kaës**¹⁷.

En second lieu, l'importante question du possible mésusage des recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM semble primordiale pour toute réflexion sur l'éthique institutionnelle. Si ces recueils de « bonnes pratiques » constituent des incontournables au sein des établissements médico-sociaux, ils comportent également le risque de devenir une « institution dans l'institution ». Par là, ils peuvent acquérir un statut de certitude issu d'une certaine confusion entre la responsabilité individuelle, professionnelle, institutionnelle et sociétale.

A) Le nécessaire dépassement de la pluridisciplinarité

Tout professionnel en établissement médico-social a probablement déjà entendu parler de la notion de pluridisciplinarité. Cette dernière vise à promouvoir le travail d'équipe et l'importance d'embrasser la globalité du sujet par la réunion de compétences et de regards divers. Sans cet esprit de collaboration disciplinaire, les projets individualisés ne seraient qu'un amas disparate de constats spécialisés ne s'articulant pas entre eux. Cependant, il nous semble que l'éthique n'entre pas tout à fait dans le cadre de cette pluridisciplinarité, si essentielle par ailleurs à la pratique institutionnelle.

Nous l'avons évoqué précédemment : il n'est pas question d'établir des « bonnes postures » inconditionnelles. Il s'agit de réfléchir à ce qui permet la construction d'une pratique interrogative (à partir de principes de jugement) recherchant la « juste position » face à un contexte ou une situation suscitant un questionnement.

Ainsi, l'insuffisance de la seule pluridisciplinarité argumentée par **Ciccone** s'inscrit-elle dans le rappel essentiel qu'il est ici question de valeurs et non uniquement de compétences ou d'expertises. Cet auteur indique que les notions d'interdisciplinarité et de transdisciplinarité sont particulièrement

¹⁵ Ils constituent un fil rouge pour tous les « Repères éthiques » mais ont été plus spécifiquement abordés dans leur dimension institutionnelle au sein de Bembien, L, *L'espace de rencontre*, Repères éthiques, Mai-juin 2014.

¹⁶ Ciccone, A., *Violence dans le soin au handicap*, in Scelles, R. (Dir.), *Handicap : l'éthique dans les pratiques cliniques*, Ed. Erès, 2008, p. 44.

¹⁷ Kaës, R., *Le groupe et le sujet du groupe*, Paris : Dunod, 1993.

intéressantes pour la pensée dans la mesure où elles constituent une invitation à la réflexion croisée et partagée plutôt qu'illusoirement défragmentée. Le maillage des savoirs qu'elles supposent permet d'éviter deux problématiques inhérentes à la pluridisciplinarité : l'indifférenciation des fonctions d'une part (l'interdisciplinarité pointant autant l'espace qui les sépare que celui qui les réunit) ; l'appropriation de pensée d'autre part (la transdisciplinarité montrant ce qui « traverse » toute discipline sans lui appartenir tout à fait). Cela facilite l'instauration de postures essentielles au déploiement d'une réflexivité éthique propice au dynamisme créateur des professionnels.

Par exemple, percevoir l'éthique comme transdisciplinaire nous permet, lors des réunions d'élaboration de projet individualisé, de dépasser le simple cadre d'un agrégat de compétences. Il ne s'agit alors pas de penser une situation à partir de compétences multiples dont l'assemblage constituerait une garantie de bonne position ; mais bien de déterminer le sens que prend l'accompagnement global à l'aune de valeurs partagées par toutes les professions du prendre-soin.

Ce qui traverse alors les champs disciplinaires détoxifie une potentielle volonté de toute-puissance en lui substituant une approche sensible et contextuelle. Celle-ci permet au sujet d'exister autrement que comme une problématique à contrôler de toutes les manières possibles. Il n'est pas comparable, en effet, de penser l'autre comme un corps (à laver, à soigner, à rééduquer...) et un esprit (à comprendre, à éduquer, à éveiller...) ou de le considérer comme sujet dans un esprit de reconnaissance de sa singularité (corporelle, psychique, relationnelle, éducative). C'est bien dans les valeurs partagées (sollicitude, responsabilité, recherche de l'action juste) que se niche en quelque sorte l'intention éthique, et non dans un patchwork de capacités professionnelles distinctes.

La responsabilité, la sollicitude ou même la vertu ne sont l'apanage de personne. En tant que concepts fondamentaux de civilisation, ils appartiennent à tous. C'est donc à chacun de se les approprier dans son rapport à sa propre pratique et à ce qu'elle peut apporter à la personne vulnérable. Cela renvoie à la notion de responsabilité individuelle qui sera exposée en *infra*.

La transdisciplinarité est donc le rappel fondamental que certaines compétences sont indépendantes du statut ou de la formation. Il ne s'agit pas de pluridisciplinarité car, précisément, il n'est pas question de disciplines mais de pensées et de réflexions humaines les traversant toutes. L'éthique, dans cette conception, est un dépassement des positions de puissance professionnelle potentiellement néfastes à la réflexion et l'adaptation.

Pour illustrer cela, nous avons souhaité développer ici le concept de pactes dénégatifs, issu des réflexions de **Kaës**¹⁸. Bien qu'il concerne initialement la famille et ses fonctionnements, nous montrerons qu'il peut tout à fait s'appliquer à l'établissement médico-social perçu comme groupe humain institué.

Pour **Kaës**, tout sujet confronté à un traumatisme peut se replier sur des modalités relationnelles indifférenciées. Ainsi, face à l'impossibilité de traiter l'événement ou la situation, l'individu utilise un « prêt-à-penser » qu'il extrait de son groupe familial d'appartenance. Cette conception peut s'entendre dans le champ de la famille qui, lorsqu'elle est confrontée au handicap d'un enfant, gère ce traumatisme en générant un ensemble de croyances collectives auquel chaque membre adhère. Cela se rencontre, par exemple, dans les cellules familiales venant attribuer la trisomie de l'enfant à

¹⁸ *Ibid.*

une intervention hospitalière qui se serait mal déroulée plutôt qu'à un accident génétique. Dans ce repli, la famille se protège de l'incompréhension et de la culpabilité (notamment de transmission) en adoptant une croyance à même de donner sens à la réalité traumatique. En quelque sorte, le psychisme du groupe traite et métabolise ce qu'aucun psychisme individuel ne peut pour le moment accepter. **Kaës** utilise l'expression de « négativité » pour désigner ces éléments venant mettre en difficulté le sujet. Ces négativités peuvent être relatives (elles sont alors « en attente de traitement »), d'obligation (produits d'un refoulement collectif) ou radicales (les éléments ne sont alors pas même pensables pour les membres du groupe familial).

Ces négativités peuvent faire l'objet d'un « pacte dénégatif », c'est-à-dire d'une construction collective venant mettre à l'écart les négativités relatives, renforcer les négativités d'obligation et protéger le déni frappant les négativités radicales. Chaque membre de la cellule familiale devient alors le dépositaire de ce pacte et se retrouve lié par une forme de loyauté face « à ce qui ne se dit pas » ou « ne se pense pas » au sein de sa famille.

Par transposition, nous pourrions considérer que le grand handicap et ses manifestations peuvent véhiculer une sorte de contenu traumatique pour le professionnel qui s'y retrouve confronté. La monstruosité d'un corps, l'impossible ressenti d'altérité face à l'individu très déficient intellectuellement, ou encore l'extrême violence de certaines automutilations en sont des exemples bien connus. Peut-être est-il possible de considérer que ces situations génèrent des négativités de la même manière que dans la cellule familiale. Le pacte dénégatif figerait donc la pensée de ce groupe humain qu'est l'équipe professionnelle pour en neutraliser les éléments non intégrables individuellement.

De fait, tout professionnel attentif remarque assez rapidement que l'institution médico-sociale est un milieu où « certaines choses ne se disent pas », ainsi qu'un espace fonctionnant de telle sorte que « certaines pensées sont empêchées »¹⁹. Cependant, bien que le pacte dénégatif ait une fonction essentiellement transitionnelle (il protège l'individu et le groupe de vécus trop brutaux en instaurant un espace de croyance intermédiaire), il peut être à la source d'une sclérose de la dynamique institutionnelle. Si ces ombres de pensée n'acquièrent pas progressivement une existence dans la psyché individuelle des professionnels, elles peuvent occulter tout un pan de réalité. Repliées pour éviter la souffrance ou l'effondrement, les équipes peuvent alors développer des défenses rigides et répétitives face aux problématiques d'accompagnement.

Ainsi, tel usager sera vécu comme « persécuteur » en raison de son avidité relationnelle, tandis que tel autre sera à la source de vécus dépressifs en raison de son manque de complaisance aux soins proposés (le professionnel se vivant alors fantasmatiquement comme un « mauvais soignant » ne parvenant pas à obtenir l'adhésion de l'autre en raison de son manque de compétence). Parfois, ce sont des phénomènes de groupe qui se retrouvent excessivement investis. Habituels au sein de toute assemblée, ils peuvent devenir fortement problématiques en raison de leur usage défensif. Par exemple, la stratégie du bouc émissaire peut se déployer afin de préserver la croyance collective : le professionnel en difficulté ne l'est plus en raison de la complexité d'accompagnement mais plutôt en

¹⁹ Le terme « empêchées » est choisi à dessein. Il ne s'agit pas d'interdits mais bien de fonctionnements particuliers empêchant l'émergence de certaines pensées. Lorsqu'il se généralise, ce type d'impasse idéologique provoque parfois l'empêchement de toute pensée individuelle et collective (cette « mort de la pensée » par la souffrance institutionnelle rappelle notamment la notion de thanatophilie décrite par **Kaës**)

raison de ses erreurs supposées, de sa lenteur ou encore de sa personnalité. Cela permet d'éviter une mise en échec de la croyance groupale protégeant l'équipe d'une difficulté qu'elle ne parvient pas (ou plus) à penser.

Ces conduites problématiques des usagers (relationnelles, oppositionnelles, etc.) ne sont, dans ces cas de figure, pas traitées comme des manifestations de la personne en situation de handicap mais comme des problématiques nuisant à l'idéal groupal (souvent coloré, en institution, par le fantasme du « patient serein »). N'étant pas liées à une réflexion sur le handicap et ses troubles, elles deviennent donc pensées au travers d'une loupe institutionnelle grossissant les inconvénients et limitant leur abord à quelques valeurs groupales oblitérant toutes les autres.

Dans cette optique, penser l'éthique comme transdisciplinarité peut permettre de relever quelques difficultés en remettant le focus sur des valeurs communes plutôt que sur des inconvénients communément partagés.

Par exemple, grâce aux regards croisés permis par la transdisciplinarité, la réunion d'élaboration de projet individualisé peut devenir un lieu d'échange dans lequel certains dénis se lèvent grâce au dialogue autour du sujet et non plus de ses seules conduites. En exposant son vécu et ses interrogations, chacun peut plus facilement conscientiser les éléments déniés collectivement. Cette opportunité peut donc avoir pour effet d'apaiser certaines angoisses paralysantes.

En quelque sorte, l'intention éthique permet de transformer le pacte dénégatif (oblitérant la réalité par l'usage de croyances groupales) en lui substituant un « pacte testimonial », au sens que **Waintrater**²⁰ donne à ce terme²¹.

A ce titre, il paraît opportun de rappeler que pour **Ricoeur**²², le Moi est un personnage de roman qui se raconte ses propres aventures en permanence. Dans le fait de raconter ses vécus dans une réunion d'élaboration les abordant en termes de valeurs inter- et transdisciplinaires, peut-être est-il possible de considérer que c'est l'histoire même du roman (personnel mais également institutionnel) qui se retrouve en situation d'être pensée et intégrée par l'appareil psychique collectif, puis individuel.

B) Vignette clinique : l'institution à l'épreuve du pacte dénégatif

M. C. est un jeune homme en situation de polyhandicap accompagné au moyen d'une admission à la journée²³. Il bénéficie d'un fauteuil roulant électrique dont l'usage crée une vive tension entre les équipes d'accompagnement et ses parents.

Alors même que ces derniers insistent de manière très appuyée sur la nécessité d'amener M. C. à utiliser son fauteuil, celui-ci ne semble pas montrer de réelle motivation. L'attitude passive-agressive

²⁰ Waintrater, R., *Le pacte testimonial*, in Chiantaretto et al., *Témoignage et trauma*, Dunod, 2004, pp 65-99.

²¹ Le processus testimonial désignant la parole adressée à l'autre autant qu'à soi-même ; ce témoignage permettant la reprise de la pensée et le traitement des éléments psychiques figés par le traumatisme.

²² Ricoeur, P., *Soi-même comme un autre*, Paris : Le Seuil, 1990.

²³ Le terme « Accueil de jour » paraît impropre au regard de nos travaux antérieurs car c'est l'admission qui est ponctuelle et non l'accueil (qui, lui, est permanent). Voir Bembem, L., Danis, A., Kaisser, L., Kalis, C., *La pré-admission et l'admission en institution médico-sociale*, Repères éthiques, Juillet-août-septembre 2015.

qu'il manifeste lors des tentatives d'adaptation du fauteuil vient, de plus, très souvent mettre l'équipe en situation d'échec. Enfin, M.C. présente de telles difficultés motrices que la pertinence de ce type d'équipement en vient à être remise en question au sein de l'établissement.

Les professionnels relèvent donc cet état de fait. Ils nomment le comportement d'opposition de la part de l'utilisateur et leurs doutes quant à la possibilité d'utilisation d'un fauteuil roulant électrique. En réponse, les parents rétorquent que M. C verbalise son envie d'utiliser le fauteuil lorsque la question lui est posée. La possibilité d'usage, quant à elle, fait l'objet d'une adhésion totale de leur part. Enfin, ils mettent en cause la motivation des professionnels, puisque l'absence d'usage du fauteuil ne leur semble pas provenir du refus ou d'une incapacité de leur enfant.

La situation devient donc rapidement tendue et conflictuelle entre des parents mettant en doute la volonté d'accompagnement des professionnels et une équipe d'établissement considérant que la famille impose ses désirs à un usager vulnérable, placé en situation de conflit de loyauté l'empêchant d'émettre un avis sincère.

Ce contexte défavorable pourrait tout à fait créer les conditions d'un conflit durable et générateur de souffrance pour chacun. En effet, les parents vivent l'insécurité d'un accompagnement jugé insuffisant tandis que les professionnels se considèrent attaqués dans leur métier. L'utilisateur, quant à lui, se retrouve dans l'incapacité de vivre la relation parents/établissement autrement que comme une lutte de pouvoir dont il serait l'arbitre involontaire.

En s'arrêtant sur de simples idéaux groupaux, l'institution peut rapidement être amenée à considérer les parents de M. C. comme tyranniques ; et ce dernier comme trop peureux pour s'affirmer face à leur volonté de contrôle. Cependant, cela viendrait simplement conforter le narcissisme institutionnel et serait peu porteur de sens au niveau de l'accompagnement.

En effet, l'intention éthique se base étymologiquement sur une compréhension et un effort vers l'atteinte d'un but. Toute la question est ici de déterminer ce but. S'il s'agit d'affirmer une puissance (des parents sur l'institution ou inversement), une issue apaisante semble particulièrement compromise. En revanche, baser la réflexion d'établissement sur des principes de jugement plus vastes et propices au dépassement des crispations (comme la sollicitude ou la volonté de compréhension) peut permettre la construction d'une résolution de problème plus favorable à chacun.

Par exemple, il devient possible de voir M. C. comme un jeune homme à l'aube de la vie adulte. A partir de cette centration sur le sujet (et non plus ses seules conduites problématiques), il est envisageable d'émettre une hypothèse sur l'existence d'un pacte dénégatif dans la famille.

En effet, alors que cette accession à l'âge adulte devrait être le lieu d'émergence d'une certaine autonomie, les parents de M. C. se retrouvent percutés par le handicap de ce dernier. Il ne sera jamais totalement autonome en raison de ses limitations motrices et intellectuelles. Il est possible de penser que cet état de fait génère autant de craintes pour l'avenir que de culpabilité chez les parents (pour qui il n'est jamais simple de ressentir l'angoisse d'un épuisement lié à l'accompagnement de leur propre enfant, notamment lorsqu'il vit encore chez eux).

Face à cette situation venant déstabiliser les parents, le fonctionnement familial a peut-être généré une négativité les protégeant d'une trop grande souffrance. Ainsi, la limitation motrice de M. C. peut

s'être vue frappée de déni, dans une tentative fantasmagique de protection face à un constat traumatisant. En abordant les choses de cette manière, il devient possible d'engager des valeurs transdisciplinaires comme la sollicitude afin de traiter la situation de conflit. Percevoir les parents comme des sujets en souffrance permet de ne plus vivre leurs disqualifications comme des attaques mais bien comme des défenses. Celles-ci peuvent trouver sens face à des discours professionnels vécus comme brutaux car ébranlant un déni nécessaire pour éviter un effondrement.

De plus, cette position d'esprit vient placer M. C. comme un sujet contraint d'endosser des discours contradictoires en raison d'un pacte dénégatif. Ce contexte particulier le met dans une position très délicate vis-à-vis de ce qui ne peut pas se penser ou se dire dans sa famille. Ainsi, l'image de l'usager provocateur et lâche peut s'évaporer au profit d'une vision peut-être plus globale : celle d'un sujet vulnérable aux prises avec un système familial aliénant. Celui-ci lui impose de protéger ses parents d'une angoisse insupportable tout en essayant tout de même de construire son autonomie d'adulte. M.C. se retrouve donc dans le champ complexe de l'injonction paradoxale.

L'équipe elle-même peut éventuellement quitter sa posture défensive en abordant les parents comme des sujets à accompagner plutôt qu'à combattre. L'usager peut d'ailleurs ne plus être celui « qui s'oppose » mais plutôt celui qui fait suffisamment confiance aux professionnels pour s'appuyer sur eux afin de construire tant bien que mal l'affirmation de soi dont il a besoin pour devenir adulte²⁴. En effet, il est relativement valorisant pour une équipe professionnelle d'être vécue comme assez solide pour risquer des conduites d'opposition alors même que les parents sont perçus comme trop fragiles pour se les permettre en leur présence.

Nous voyons donc que l'intention éthique, de par sa transdisciplinarité, permet des postures permettant de désaliéner des situations complexes. Non pas en résolvant tous les problèmes mais bien en permettant la mise en sens de positions contradictoires par une approche dépassant les idéaux groupaux et les impensés destructeurs.

Dans ce cas très précis, il devient pensable d'aider les parents à aborder la réalité du handicap avec délicatesse, notamment en résistant à la tentation de mettre à mal des défenses pénibles pour l'institution, mais actuellement nécessaires pour la famille. Bien davantage, l'accompagnement interdisciplinaire de la famille peut aider à dépasser ce déni, faisant tomber du même coup les défenses rigides qu'il a rendu nécessaires.

Nous voyons donc que le dépassement de la pluridisciplinarité n'est pas uniquement une opportunité de réflexion au sein des établissements. Il est bel et bien une condition nécessaire (sans être suffisante) au déploiement d'une intention éthique permettant à chacun d'inscrire son action dans une mise en sens partagée. Cette dernière est propice à une potentielle désaliénation de processus de pensée défensifs. Dans ce dépassement du simple « Tu », c'est l'existence du « Je » de l'autre qui devient possible, tout autant que l'instauration d'un « Nous » favorable à une institution juste telle que nous l'avons définie en *supra*.

Dans la même optique, le sujet particulier des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) nous paraît essentiel à aborder afin que ce dynamisme institutionnel ne soit pas entravé par un mésusage d'outils précieux mais potentiellement porteurs d'inertie.

²⁴ Au sujet de l'accession au statut d'adulte et de l'accompagnement qu'il suppose au sein des institutions, voir Bembem, L., Kaisser, L., *L'accompagnement à la vie d'adulte*, Repères éthiques, Novembre-décembre 2014.

C) Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

Notre argumentation sur le nécessaire dépassement de la pluridisciplinarité cherchait à montrer que l'intention éthique est avant tout celle d'une mise en sens des pratiques, dans un but de promotion d'une pensée riche et dynamique. Cette dernière est une des conditions pour la création d'une institution « juste » où chacun se voit reconnu et respecté.

Cependant, ce « Nous » qu'est le dispositif institutionnel appartient à un autre « Nous » plus vaste encore. Celui-ci est gouvernemental (organisme de tutelle, cadres légaux) mais plus globalement social. Dans une certaine mesure, chaque institution construit une partie de la signification de toutes les autres²⁵. Au sujet des établissements médico-sociaux, le gouvernement a un impact fort sur les pratiques professionnelles, notamment par les RBPP publiées avec l'entremise de l'ANESM²⁶.

Ces écrits prennent la forme de recueils venant thésauriser un certain nombre de principes et de constats permettant d'instaurer un cadre « bientraitant » au sein des établissements et services. Un nombre conséquent de ces publications concerne l'accompagnement des personnes en situation de handicap, ce qui en fait une ressource précieuse pour les établissements concernés.

Cependant, pour utiles qu'elles soient dans la mise en œuvre d'un projet éthique institutionnel, ces RBPP doivent être maniées avec précaution afin de ne pas devenir des écueils plutôt que des moteurs pour la pensée. Il existe en effet un risque de mésusage au sein des établissements, parfois enclins à remplacer le processus de création par une simple application de ces « bonnes pratiques ».

Si ces RBPP sont de formidables outils pour la pensée, c'est bien par l'ouverture qu'elles permettent vis-à-vis d'autres réalités institutionnelles. Ainsi, grâce à ces recueils, un établissement peut éviter de « se prendre pour la réalité » en oubliant qu'il n'en est qu'une parcelle. Celle-ci est d'ailleurs bien souvent restrictive en raison de l'*habitus* inhérent au temps qui passe. Chaque structure crée en effet des routines et des schémas de pensée répétitifs par la force de l'habitude et du quotidien.

Ce que l'on nomme « culture d'établissement » ne doit pas être confondu avec cette somme d'habitudes acquises et, à la longue, considérées comme normales et normatives plutôt que délibérées et contextuelles. Les RBPP permettent justement de rappeler qu'une culture d'établissement, comme toute culture, est mouvante et évolutive. C'est par l'apport de ces recommandations extérieures que ce « patrimoine culturel » peut trouver un moteur d'actualisation et de stimulation de ses processus mutatifs.

Il semble donc important de prendre garde à ne pas simplement remplacer la somme d'habitudes locales (qui restent souvent, pour la plupart, adaptées à la réalité du quotidien) par une autre (gouvernementale) censée être de meilleure qualité car formalisée par des figures d'autorité. Si les RBPP permettent d'éviter l'usage rigide du « prêt-à-penser » d'établissement par sa mise en cause, elles n'ont pour autant pas vocation à le remplacer.

²⁵ Notamment au sein de l'imaginaire social, au sens que **Castoriadis** donne à ce terme.

²⁶ Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-Sociaux.

L'ANESM exprime d'ailleurs très clairement ce point de vue, lorsqu'elle indique que « *la bonne pratique ne relève [donc] pas de la réflexion ou du processus éthique, mais plutôt de la capitalisation de ses résultats lorsque cette réflexion se concrétise par des décisions* »²⁷.

De ce point de vue, considérer les RBPP comme des « consignes éthiques » reviendrait à confondre la carte et le territoire: si la carte aide l'institution à « naviguer » parmi les espaces troubles de l'accompagnement des personnes vulnérables, c'est bien grâce à l'exploration du territoire que la pratique s'instaure et se déploie au sein d'un projet éthique. En toute logique, une carte est toujours porteuse d'illusions au sujet d'un territoire car elle ne le résume jamais tout à fait. La fameuse « bonne pratique », bien que précieuse, n'est que le résultat d'une réflexion éthique qui n'est jamais achevée.

Ce rappel est fondamental car considérer la bonne pratique comme une réalité absolue revient à s'appuyer uniquement sur des textes vécus comme vrais et guidant l'action. Or, rien n'est absolument vrai au sens éthique du terme, tout comme aucun guide n'a de valeur définitive lorsqu'il s'agit d'êtres humains. N'importe quel professionnel sait d'ailleurs très bien que ce qui est juste pour un usager sera néfaste pour un autre, et que ce qui est considéré comme « éthique » par un établissement peut y être proscrit le mois d'après en fonction du contexte, tout comme être très fermement combattu ailleurs²⁸.

En tout état de cause, il semble donc important de promouvoir ces recueils de décisions que sont les RBPP, car ils ouvrent la porte à une perception étendue (d'autres réalités institutionnelles) tout comme à une prise de recul sur le quotidien. Ils confrontent le vécu d'établissement à des pratiques recommandées de manière générale. Il s'agit ici de prémunir les établissements contre un fonctionnement autarcique potentiellement porteur de confusion entre dynamisme culturel et passivité patrimoniale.

Cependant, cette promotion trouve une limite essentielle et nécessaire dans le rappel qu'aucun guide ne peut remplacer la réflexion humaine et transdisciplinaire. En raison de la singularité radicale des contextes d'établissement, les RBPP, adressées à la responsabilité institutionnelle, ne dédouanent pas de la responsabilité individuelle et professionnelle d'ajustement.

La question de la responsabilité est importante, car il s'agit de ne pas confondre celle de l'institution avec celles de la personne et du professionnel. Le bien (moral) et le prescrit (déontologique) ne deviennent adéquats et justes (éthiques) que dans une responsabilité individuelle les interrogeant sans cesse.

En terme de méta-éthique, cela reviendrait à dire que la démarche éthique n'est pas ici dans l'application de ces recommandations mais dans leur ajustement à la réalité concrète de l'établissement. Par exemple, la résistance au changement (fréquente) peut trouver une issue dans la réflexion de ce qui est « juste et ajusté ». Les RBPP peuvent notamment ébranler les protocoles mis en place ; ces derniers étant par ailleurs des fanaux de stabilité très résistants à la transformation spontanée.

²⁷ ANESM, *Le questionnement éthique dans les ESSM*, RBPP, juin 2010, p. 17.

²⁸ Par exemple, le fait de sceller certaines chaises au sol pour permettre à des sujets porteurs d'autisme de gérer leurs stéréotypies peut être vécu, légitimement, comme une contention inacceptable par des établissements accueillant un public n'ayant pas ce type de problématique.

Un protocole, en effet, rassure et constitue souvent une pierre d'ancrage très appréciée des personnels et des équipes de direction. En cela, sa remise en cause est précieuse car un tel investissement lui donne une inertie considérable.

Cependant, pour que cela soit possible, il faut que se concilient la responsabilité institutionnelle (créant des espaces de pensée permettant cette remise en cause), professionnelle (la réflexion sur l'ajustement du protocole à la pratique réelle) et individuelle (la capacité à s'extraire de la croyance groupale pour réfléchir à l'adéquation de ce protocole avec certaines valeurs transdisciplinaires). Appliquer les RBPP en tant que telles constituerait en revanche une confusion de responsabilité dans laquelle l'institutionnel viendrait « gommer » et supplanter le professionnel et l'individuel.

Dans un autre registre, l'héritage d'un certain biopouvoir venant sacraliser la fonction médicale ne trouve une de ses limites que dans l'interrogation non pas de sa légalité mais bien de sa légitimité. Ainsi, il devient possible de considérer des troubles du comportement comme l'expression du sujet, et non comme une pathologie médicale à anéantir²⁹.

Cette éthique dans la médecine permet de dépasser le cadre du prescrit (l'agitation à neutraliser) pour entrer dans celui de l'adéquat (l'agitation à comprendre et à ne traiter chimiquement qu'en dernier recours). C'est, encore une fois, un processus d'évolution que favorisent les RBPP en présentant des fonctionnements peut-être différents de ceux de l'établissement. Ainsi, les responsabilités individuelles et professionnelles peuvent se saisir de cette différence et engager une transformation que rend possible une prise de responsabilité institutionnelle.

Ces quelques exemples montrent que les RBPP interrogent les pratiques plus qu'elles ne les guident. En cela, elles constituent une opportunité bien plus riche de déploiement du processus éthique en structure car elles mettent en branle des champs de responsabilité à même d'aborder la question du légitime et du juste plutôt que celle du légal et du prescrit.

²⁹ Voir, à ce sujet, Bembem, L., *Les troubles du comportement*, Repères éthiques, Janvier-février-mars 2015.

5) Conclusion

Ce « Repères éthiques » s'est attaché à explorer la notion d'intention éthique au sein des institutions médico-sociales.

Pour se faire, nous avons présenté quelques notions générales, avant de circonscrire notre pensée dans le cadre précis des conceptions de **Ricœur**. Cela nous a permis d'aborder la question de l'éthique d'un point de vue global mais également institutionnel.

Notre développement a présenté l'éthique comme un projet en perpétuel devenir, inscrit dans le registre relationnel singularisé par un contexte toujours unique. Au sein d'un établissement médico-social, ce contexte peut être celui d'une rencontre avec le sujet vulnérable, génératrice d'accueils et de difficultés nécessitant une approche inter- et transdisciplinaire.

C'est cette approche dépassant la pluridisciplinarité qui nous a semblé la plus à même de désamorcer certains mécanismes défensifs mettant en péril le vivre-ensemble. Au nombre de ceux-ci, la question des négativités et des pactes qui en sont issus a permis de montrer comment l'intention éthique pouvait permettre la création d'une issue favorable à chacun. C'est en effet à l'aune de valeurs partagées que peut se transmuier la volonté de maîtrise tapie dans l'ombre des agrégats de compétences professionnelles.

Enfin, nous avons considéré comme essentiel de mener une réflexion sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM. Ces dernières, si utiles pour l'enrichissement des pratiques, peuvent devenir des freins réflexifs lorsqu'elles sont pensées dans l'application du prescrit plutôt que dans l'interrogation du légitime et du juste.

En conclusion, nous souhaiterions donc rappeler qu'aucune éthique ne saurait naître d'une réglementation ou d'une certitude. Bien davantage, c'est dans le processus de doute et d'interrogation que s'inscrit le déploiement d'une pensée riche et évolutive. A ce titre, le dépassement d'une recherche de maîtrise suppose, pour les institutions, de clarifier les responsabilités afin de ne pas créer de contextes aliénants venant oblitérer la capacité créatrice des professionnels et mutative des établissements.

Pour que puisse exister une responsabilité individuelle et professionnelle à même d'interroger les pratiques, il semble primordial que la responsabilité institutionnelle soit celle d'un établissement ouvert sur le changement et le doute, plutôt qu'attaché à une stabilité excessive, illusoire et mortifère.

C'est sur la base de cette liberté collective et individuelle qu'il nous semble possible de faire exister une intention éthique sans laquelle tout établissement ne serait qu'un amas de briques, de métal et de verre. Ce supplément d'âme qui transforme l'établissement en institution nous apparaît comme résultant de toutes ces valeurs humanistes et généreuses caractérisant si bien les postures des professionnels du prendre-soin.

6) Bibliographie

Ouvrages

Aristote, *Éthique à Eudème*, Trad. de Pierre Maréchaux, Rivages, 1994.

Blay, M., *Dictionnaire des concepts philosophiques*, Larousse, CNRS éditions, 2006.

Caspar, P., *L'exigence éthique, la personne handicapée*, in Vaginay, D., *Trisomie 21. Transmission et intégration : pour quelle éthique ?*, Chronique sociale, 2000, pp 15-95.

Castoriadis, C., *L'institution imaginaire de la société*, 1975.

Ciccone, A., *Violence dans le soin au handicap*, in Scelles, R. (Dir.), *Handicap : l'éthique dans les pratiques cliniques*, Ed. Erès, 2008, p. 44.

Comte-Sponville, A., *Le capitalisme est-il moral ?*, Albin-Michel, 2004.

Kaës, R., *Le groupe et le sujet du groupe*, Paris : Dunod, 1993.

Kant, E., *Métaphysique des mœurs* (1795), Trad. Alain Renaut, Garnier-Flammarion, 1999.

Reverdy, P., *Le livre de mon bord - Notes (1930-1936)*, 1948.

Ricœur, P., *Soi-même comme un autre*, Paris : Le Seuil, 1990.

Scelles, R. (Dir.), *Handicap : l'éthique dans les pratiques cliniques*, Ed. Erès, 2008.

Waintrater, R., *Le pacte testimonial*, in Chiantaretto et al., *Témoignage et trauma*, Paris : Dunod, 2004, pp 65-99.

Articles

Bemben, L., Danis, A., Kaisser, L., Kalis, C., *La pré-admission et l'admission en institution médico-sociale*, Repères éthiques, Juillet-août-septembre 2015.

Bemben, L., Kaisser, L., Kalis, C., *Le projet de vie de la personne accueillie*, Repères éthiques, Avril-mai-juin 2015.

Bemben, L., *Les troubles du comportement*, Repères éthiques, Janvier-février-mars 2015.

Bemben, L., Kaisser, L., *L'accompagnement à la vie d'adulte*, Repères éthiques, Novembre-décembre 2014

Bemben, L., *L'espace de rencontre*, Repères éthiques, Mai-juin 2014.

Documents consultables en ligne

ANESM, *Le questionnement éthique dans les ESSM*, RBPP, juin 2010, p. 17.