HAL
open science

L'éthique en santé

Jerome Zimowski

To cite this version:

Jerome Zimowski. L'éthique en santé. Workshop Ethique et Morale de la Chaire IA Responsable, Nathalie Nevejans, May 2021, Lens, France. hal-03435123

HAL Id: hal-03435123

https://univ-artois.hal.science/hal-03435123

Submitted on 18 Nov 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'éthique en santé

Jérôme ZIMOWSKI
Infirmier, cadre de santé formateur
IFSI de Lens

Communication dans le cadre du 1er Workshop de la Chaire IA Responsable

28 mai 2021 (université d'Artois, en distanciel)

Plan

1. Introduction.....2
2. Aux origines de l'éthique en santé (pourquoi ?).....2
3. Les finalités de l'éthique en santé (pour…quoi ?).....5
4. De quelle manière se déploie l'éthique en santé ? (Comment ?) 6
5. En guise d'ouverture… 9

L'éthique en santé

Jérôme ZIMOWSKI
Infirmier, cadre de santé formateur
IFSI de Lens

1. Introduction

L'éthique n'est pas circonscrite uniquement au monde de la santé puisqu'elle est indissociable de nombreux domaines de l'existence humaine. Au sein du système de santé français, l'éthique accroît fortement sa visibilité et, depuis 2002, les établissements doivent mener *« en leur sein une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale. »* **[1]** Les changements de l'organisation hospitalière, l'évolution grandissante des attentes des usagers et les progrès technoscientifiques contribuent à une complexification des pratiques soignantes. Dans ce contexte en perpétuelle mutation, la survenue de la pandémie due au virus Covid-19 a mis en lumière les tensions d'un système souhaitant préserver la continuité des soins en dépit de la raréfaction de ses ressources humaines et matérielles. Une demande accrue en éthique puise probablement ses origines dans une *« déstabilisation éthique »* **[2]** ressentie par les professionnels de santé au sein même des environnements soignants qui nécessite de questionner le sens des actions entreprises et appelle à une transformation des pratiques.

A l'occasion du 1er Workshop de la Chaire IA Responsable de l'université d'Artois, organisé le 28 mai 2021, nous présenterons l'éthique en santé et particulièrement son déploiement par les professionnels de santé au sein des institutions sanitaires et médico-sociales. Pour cela, nous questionnerons les fondements de l'éthique en santé (pourquoi ?), ses finalités (pour…quoi ?) ainsi que ses conditions de mise en œuvre (comment ?)

2. Aux origines de l'éthique en santé (pourquoi ?)

Le XIXe siècle demeurera celui du développement de la médecine scientifique. D'une méthode d'observation centrée sur le sujet, la médecine s'est inscrite radicalement dans une démarche conquérante, réduisant l'individu à une dimension physico-chimique. Pour Bernard, la médecine est « *capable de descendre dans l'intérieur de l'organisme, et de trouver le moyen de modifier et de régler jusqu'à un certain point les ressorts cachés de la machine vivante.* » **[3]** Selon lui, « *les malades ne sont au fond que des phénomènes physiologiques dans des conditions nouvelles qu'il s'agit de déterminer.* » **[4]** Le modèle scientifique a contribué à

l'accroissement rapide des connaissances, aux découvertes thérapeutiques, à l'efficacité de la lutte contre les maladies mais cela au prix d'une considération « objétisante » de l'être humain. Dans cette perspective, l'expression *« la médecine est inhumaine »* devient à juste titre un pléonasme. **[5]** A l'issue des procès de Nuremberg qui condamnèrent les modalités de la recherche médicale menée par l'Allemagne nazie, les Etats-Unis furent marqués à leur tour par la révélation de scandales en matière d'expérimentation médicale. **[6]** A titre d'exemple, nous citerons l'affaire de *Tuskegee* pour laquelle une étude comparative fut réalisée pendant quatre décennies, de 1932 à 1972, à l'insu d'une population afro-américaine dans un village d'Alabama. Une prise de conscience de la communauté scientifique américaine précéda un ensemble de réflexions et de travaux menés par une commission entre 1974 et 1979. Les conclusions furent formalisées dans un document intitulé *Le rapport Belmont* qui contribua à l'élaboration d'une loi encadrant les expérimentations médicales sur l'être humain. Il favorisa aussi indirectement la constitution du Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) en France. En 1979, Beauchamp et Childress ont identifié *Les principes de l'éthique biomédicale* **[7]**, quatre principes éthiques permettant d'orienter les prises de décision : la non-malfaisance, la bienfaisance, l'autonomie et la justice. Ces principes éthiques permettent d'éclairer les dilemmes rencontrés mais ils comportent certaines limites car ils cristallisent parfois des situations aporiques.

Le paradigme scientifique de la médecine a renforcé son expansion, potentialisée par le progrès technique, au détriment parfois d'une place accordée à la subjectivité du sujet. Longtemps soumis au paternalisme médical, les patients aspirent désormais à davantage d'autonomie et à une participation active à leur prise en soins. Des textes de loi successifs ont acté l'évolution de la posture de l'usager au sein du système de santé. Dès 1974, la reconnaissance des droits et de la dignité du patient **[8]** ont favorisé l'émergence du « sujet de soins ». Ce dernier n'a cessé de gagner en autonomie, devenant pleinement acteur de sa prise en soins, comme l'illustrent les lois du 4 Mars 2002 **[1]** et du 21 Juillet 2009 (*Hôpital - Patient - Santé – Territoire* dite HPST) **[9]** ou encore les récentes évolutions en matière de fin de vie. **[10]** Nous pourrions assister à un renforcement d'un paradigme « humaniste », accordant sans concession au sujet la totale expression de son autonomie. **[11]** De fait, évoquer « un refus de soins » deviendrait incongru puisqu'il s'agirait de la libre volonté de la personne, affirmant une décision que nous n'aurions pas choisie si nous étions à sa place.

Chaque période majeure de la grande Histoire des soignants, remontant probablement aux débuts de l'humanité, a favorisé l'émergence de divers paradigmes (maternant, religieux, scientifique, libéral, humaniste) et la fondation de valeurs associées. Par exemple, le paradigme « maternant », attribué aux femmes-soignantes, concentre les valeurs d'affectivité, de générosité, de partage, de douceur etc. De même, le paradigme « religieux » est associé à la bienfaisance, la charité, la vocation et l'humilité. L'arrivée d'un nouveau paradigme ne chasse pas l'autre et ils se superposent en couches successives, à l'image de strates géologiques. **[11]** Il n'est donc pas étonnant qu'un soignant puisse se retrouver dans différents paradigmes au

travers de ses valeurs. Un infirmier peut apprécier le travail au sein d'une unité de réanimation pour l'objectivité, la méthode, l'expertise et la technicité que cela requiert, mais aussi faire preuve de douceur et d'attention envers les patients. Le paradigme « maternant » n'est pas exclusivement réservé aux femmes. Certains auront embrassé la profession par vocation, au risque de choquer ceux qui ne se retrouvent aucunement dans une valeur à consonance religieuse. D'autres seront attirés par des domaines du soin empreints d'écoute et de subjectivité et iront d'exercer à leur compte car ils se retrouvent dans les valeurs du paradigme « libéral ». La crise sanitaire liée au Covid-19 constitue peut-être un tournant pour la profession. Il aurait été possible d'assister à l'émergence d'un nouveau paradigme que nous pourrions qualifier par les mots « héroïque » et « guerrier ». **[12]** La pluralité des paradigmes est une richesse pour les professions soignantes. Tout l'enjeu est de les articuler ensemble, au sein d'institutions subissant d'importantes contraintes car ils peuvent entrer en tension, entre eux et avec d'autres logiques (médicale, administrative, économique etc.), engendrant ainsi des conflits de valeurs.
L'évolution des besoins des usagers se caractérise aussi par une facilité d'accès à l'information. Force est de constater que les patients bénéficient d'une vulgarisation des sciences médicales. Les médias et internet constituent des sources d'informations permanentes et inépuisables, venant alimenter un savoir profane. Quant aux publications régulières du classement des hôpitaux et des cliniques, elles contribuent à la renommée de certains établissements par l'affichage d'un palmarès orientant le patient dans ses choix quant à la gestion de sa santé. Une prise de conscience accrue des droits et l'accès à l'information sont sources d'attentes plus importantes des usagers envers le système de santé. Les patients exigent davantage de qualité et de sécurité, tant dans la prise en charge strictement médicale (l'établissement du diagnostic, l'adaptation du traitement etc.) que dans les prestations annexes apportées (le confort hôtelier, la bienveillance du personnel etc.). Enfin, nous constatons une transformation des modalités et des finalités des prises en soins. Les personnes âgées sont plus nombreuses au regard de la hausse de l'espérance de vie et du « papy-boom », soit l'arrivée dans le grand-âge des générations de l'après-guerre. Au 1er Janvier 2013, 17,5% de la population française avait au moins 65 ans et « *en 2060, 1 personne sur 3 aurait ainsi plus de 60 ans* » **[13]**. Les pathologies développées sont liées à l'âge, aux modes de vie et à des facteurs environnementaux. L'enjeu majeur de santé publique ne repose plus uniquement sur la lutte contre les maladies infectieuses et transmissives, bien que la lutte actuelle contre le Covid nous rappelle cette nécessité, mais il s'est dirigé aussi contre les pathologies chroniques : diabète, obésité, cancers, maladies inflammatoires, troubles cardio-vasculaires… Il semble important de préciser que ces affections représentent des comorbidités faisant le lit des formes graves du Covid.
Les actions soignantes se complexifient au regard de la nécessité d'un accompagnement holistique des patients. Pour être efficaces, elles ne peuvent être focalisées sur une dimension physique, dans une volonté réparatrice, mais elles englobent nécessairement les autres aspects de l'être humain : psychologique, socioculturel et spirituel.

3. Les finalités de l'éthique en santé (pour…quoi ?)

Outre les évolutions des attentes des usagers et le développement des technosciences, les institutions hospitalières ont connu d'importantes réformes ayant profondément marqué leur structuration. Jusqu'en 2004, elles bénéficiaient d'une dotation globale, plus précisément d'une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative. La Tarification à l'Activité (T2A) est devenue le mode de financement des établissements sanitaires pour leurs activités de Médecine Chirurgie et Obstétrique (MCO). *« Lancée en 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », elle repose sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non plus sur une autorisation de dépense. »* **[14]** L'instauration de la Tarification à l'Activité (T2A) s'inscrit dans un contexte de rationalisation économique visant à encourager la compétitivité des établissements par la valorisation des actes effectués. En 2009, la loi *Hôpital - Patient - Santé - Territoire* (HPST) **[9]** a défini la modernisation des établissements de santé par une clarification de leur gouvernance et de leur statut ainsi que par l'amélioration de la coopération entre les établissements dans un souci de performance. La recherche d'efficience, donnant tout son sens à l'expression *« la santé n'a pas de prix mais elle a un coût »*, influence l'organisation des soins dispensés afin d'éviter l'écueil de la contre-productivité identifié depuis les années 70. **[15]** Au sein de « l'hôpital-entreprise » qui accueille ses « patients-clients », les durées de séjours diminuent et des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle se développent comme l'hospitalisation à domicile et les réseaux. **[16]** La logique de flux tendu impose des durées moyennes de séjour (DMS) courtes et des taux d'occupation des lits (TO) élevés. Le nombre de lits d'hospitalisation est réduit mais des « bed managers » (gestionnaires de lits) veillent à une régulation optimale de l'offre. Pour accompagner ces transformations, les référentiels de formation évoluent, notamment en filière infirmière, afin de former des professionnels compétents (terme issu du monde de l'entreprise), aptes à prendre des décisions pertinentes, à s'interroger sur le sens de leurs pratiques et à répondre, moralement et juridiquement, des conséquences de leurs actes. Au regard des finalités de la formation *« l'étudiant développe une éthique professionnelle lui permettant de prendre des décisions éclairées et d'agir avec autonomie dans le champ de sa fonction. »* **[17]** L'accès à des soins de qualité a été réaffirmé dans le titre 2 de la loi HPST. **[9]** La qualité représente un enjeu majeur pour les établissements de santé. En 1996, l'accréditation **[18]** a été introduite afin de permettre et garantir une démarche d'évaluation indépendante des établissements. La procédure est désormais désignée sous le terme *certification* et sa mise en œuvre est sous la responsabilité de la Haute Autorité de Santé (HAS). *« La certification consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prises en charge des patients. Elle s'attache plus particulièrement à évaluer la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques. »* **[19]** Il n'est donc plus uniquement demandé aux institutions hospitalières de dispenser des soins mais aussi d'être économiquement performantes tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins réalisés.
Dans ce contexte, l'éthique accroît sa visibilité. La loi du 4 Mars 2002, relative aux droits des patients, stipule que les établissements de santé doivent mener *« en leur sein une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale »*. **[1]** Cette obligation apparaît comme un critère de certification dans les versions V2010 et V2014 des référentiels de la Haute Autorité de Santé (HAS). Celle-ci a publié en 2013 un guide intitulé *« l'évaluation des*

aspects éthiques à la HAS » **[20]** afin de diffuser aux établissements des recommandations méthodologiques. Des comités d'éthique se sont organisés progressivement dans les hôpitaux afin de répondre aux attentes et des Espaces de Réflexions Ethiques Régionaux (ERER) **[21]** sont constitués. Quant aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, soumis à d'autres référentiels qualité, ils sont également encouragés à développer les questionnements éthiques au sein de leurs institutions. **[22]**

Les professionnels de santé exercent dans des environnements contraints visant une meilleure qualité à moindre coût. Ils sont confrontés à de nouveaux questionnements au regard du développement des technosciences et à une évolution des besoins de santé des usagers dans un contexte de raréfaction des ressources. Aussi, la crise sanitaire liée au Covid a renforcé les tensions du système hospitalier et a fait émerger de nouveaux questionnements, comme ceux liés au tri, ou plutôt à la priorisation des patients. La métaphore du canot de sauvetage **[23]** souligne notre focalisation actuelle sur les ressources disponibles (lits de réanimation, respirateurs etc.) et leur équitable répartition dans un souci de justice distributive, mais il sera probablement nécessaire de questionner ultérieurement les conditions de navigation, ou plutôt les orientations stratégiques de ces dernières décennies en matière de santé. La réflexion éthique offre aux professionnels de santé l'opportunité de questionner le sens de leurs actions et de répondre parfois à une véritable *« souffrance éthique »* **[24]** Ils agissent tous vers un but commun, pour « le bien » du patient mais parfois avec des incompréhensions réciproques face à la complexité des situations rencontrées (liées encore une fois à des paradigmes différents, mis en tension avec des logiques contradictoires). La réflexion éthique, garante du sens donné aux pratiques soignantes, contribue à limiter les risques d'épuisement professionnel. Il s'agirait quasiment d'un enjeu de santé publique puisque, selon une consultation de l'Ordre national des infirmiers réalisée en octobre 2020, 40% des infirmiers souhaiteraient changer de métier.

En somme, l'éthique *« se porte bien »* **[25]** comme l'affirme Svandra avec un soupçon d'ironie. En effet, il existe un réel besoin de réflexion éthique au regard de la complexification des prises en soins et de l'articulation de pensées dialogiques, sans occulter une possible instrumentalisation de la démarche éthique qui pourrait être utilisée comme une caution ou un alibi par les institutions. Le terme « éthique » est si fréquemment utilisé que son usage pourrait être galvaudé en raison de multiples interprétations, au risque de substituer à l'idée de valeur celle de service. **[26]**

4. De quelle manière se déploie l'éthique en santé ? (Comment ?)

Les principes, les valeurs et les normes ne garantissent plus un agir adéquat pour répondre aux nouveaux enjeux d'un système de santé soumis à de multiples évolutions. Le vide engendré par l'insuffisance des balises axiologiques et normatives justifie la fondation d'une nouvelle

approche de l'éthique. L'identification du conflit de valeurs (et non le jugement de valeurs !) signe le début de la réflexion éthique qui *« a pour objet le développement du jugement pratique afin d'identifier et d'établir les critères permettant de choisir l'action qui nous paraît être la plus adéquate dans une situation particulière, et ce, sur la base d'une ou plusieurs valeurs. »* **[27]** Dans sa déclinaison pratique, l'éthique tente de concilier les normes et la singularité des situations rencontrées. Les approches normatives ne garantissent pas la meilleure décision, ou du moins la moins mauvaise, lors de leur application *stricto sensu*. Pour cette raison, une approche centrée davantage sur la parole des acteurs permet de donner sens, de manière collective, aux situations cliniques suscitant un dilemme éthique. Chaque situation est abordée dans sa singularité afin de mieux comprendre les enjeux inhérents. La démarche éthique s'inscrit désormais dans une perspective contextuelle et réflexive **[28]** mais aussi interactionniste et transactionnelle. **[29]** L'approche contextuelle est primordiale pour identifier les spécificités du déroulement de l'action, au regard des interactions entre les acteurs. Une véritable « transaction » (qui n'est pas ici d'ordre économique) s'engage alors entre les individus et leur environnement dans une influence réciproque.)

L'éthique, perçue comme **un processus réflexif, collectif et délibératif,** relève ici d'une ressource intrinsèque que les sujets doivent développer par l'expérience. L'apprentissage de l'éthique n'est pas inné et il est rendu possible par la mise en œuvre d'une démarche d'enquête qui vise une *« transformation contrôlée ou dirigée d'une situation indéterminée en une situation qui est si déterminée en ses distinctions et relations constitutives qu'elle convertit les éléments de la situation originelle en un tout unifié. »* **[30]** L'enquête permet la résolution d'une situation vécue par les acteurs comme discordante pour arriver, grâce à une réflexion méthodique et à la recherche de nouvelles perspectives, à une situation plus harmonieuse. Il est nécessaire de porter une attention particulière au récit des acteurs mais surtout aux conditions de production de solutions face aux problèmes rencontrés dans la singularité d'une situation.

Plus précisément et de manière schématique, la démarche éthique peut s'envisager ainsi :

- expliciter la situation vécue : clarifier les éléments du contexte (personnes, lieu…), identifier les décisions spontanément prises et préciser les « problèmes » (dilemmes) rencontrés par les acteurs
- analyser la situation : identifier les cadres normatifs (personnels, institutionnels, sociaux mais aussi d'ordre juridique, économique, social, religieux…) et les actions déjà réalisées en essayant de repérer les « moments-charnières » (pourquoi ou pour…quoi avons-nous décidé d'agir ainsi à ce moment précis ? Qu'est ce qui « marche » ou qui n'a pas « marché » dans cette situation ?).
- élaborer des pistes de solutions : envisager des perspectives éthiques à partir d'hypothèses d'action et identifier les conséquences prévisibles
- évaluer : tester les solutions envisagées par la mise en œuvre des hypothèses et évaluer le résultat obtenu.

Si le résultat obtenu est satisfaisant et permet d'aboutir à une situation plus harmonieuse pour tous, alors l'enquête est terminée. Autrement, elle nécessite d'être reconduite au sein de la situation qui est déjà différente du contexte initial en raison du premier niveau de réflexion mené.

La réflexion éthique n'est pas menée uniquement à partir de situations où la dimension technique est importante (par exemple, la limitation thérapeutique en service de réanimation). Elle ne se limite pas non plus aux services de soins palliatifs, d'oncologie ou bien à des événements exceptionnels. La réflexion éthique s'invite et puise sa source dans la pratique quotidienne des soignants.

A titre d'exemple et pour illustrer la démarche éthique proposée, nous présenterons brièvement une situation clinique :

Mme A est âgée de 85 ans ; elle est veuve, vit dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) depuis deux ans et a une fille qui lui rend visite chaque dimanche. Mme A ne présente pas de troubles cognitifs. Elle apprécie prendre le bus, toute seule, le matin pour se rendre dans un hypermarché situé à 2 kilomètres de l'établissement et y faire quelques courses. Il y a 3 mois, elle a chuté en descendant du bus et a eu l'épaule fracturée. Dernièrement, Mme A a confondu à 2 reprises les lignes de bus et a rejoint l'EHPAD très tardivement ce qui n'a pas manqué d'inquiéter les soignants. Sa fille, qui a été informée de ces incidents, est très en colère. Elle évoque une irresponsabilité totale de la part de l'EHPAD qui n'assure pas, selon elle, la sécurité des résidents et envisage un transfert vers un établissement plus sécurisé. Le personnel soignant, le médecin coordonnateur et la direction sont partagés quant à l'attitude à adopter.

Le conflit de valeurs est facilement perceptible. L'enjeu est de concilier l'obligation de sécurité et le respect des libertés individuelles au sein d'un lieu de vie. L'identification des principes de bienveillance et d'autonomie est primordiale pour amorcer la réflexion mais n'offre spontanément aucune perspective. La parole donnée aux acteurs permet l'expression des vécus, la formulation des attentes ainsi que l'identification des contraintes et des responsabilités. Il est certain que chaque regard porté sur la situation sera différent. Cependant, quelle parole compte le plus ? Faut-il intégrer Mme A et sa fille à la discussion ? Est-il nécessaire d'envisager des rencontres à différents moments pour y inclure la famille ? Pourquoi est-ce que les sorties de la résidente deviennent problématiques à ce moment-ci ? A-t-on déjà essayé quelque chose pour sécuriser les promenades hors de l'enceinte de l'établissement ? Une fois la situation clarifiée, des hypothèses d'action seront posées : peut-on élaborer un « contrat » spécifique aux sorties et envisager de limiter les déplacements ? Peut-on équiper Mme A d'un dispositif électronique (téléphone portable, montre GPS etc.) lui permettant d'alerter ou de la surveiller ? Aucune piste,

aussi surprenante soit elle, n'est à exclure spontanément car son efficacité ne pourra être démontrée qu'à l'issue de sa mise en œuvre. Il est donc indispensable d'assurer une liberté de parole et de se prémunir contre certains préjugés à l'égard des solutions proposées qui « fonctionneront » peut-être dans un contexte singulier.
La réflexion éthique peut être réalisée *a priori* (« dans le feu de l'action ») ou *a posteriori*. Cette modalité permet d'entrevoir la situation de manière plus distanciée pour qu'elle ne reste pas « insensée » dans le vécu des soignants. La quête de sens est probablement la meilleure garantie offerte aux soignants pour que leurs accompagnements s'inscrivent dans la durée. Il semble nécessaire de rappeler ici l'importance de la formation, initiale et continue, pour l'apprentissage de la démarche éthique **[31]** qui peut s'envisager au travers de multiples modalités pédagogiques. **[32]** Enfin, la réflexion éthique ne relève pas d'un monopole des comités d'éthique hospitaliers puisqu'elle s'invite dès que des professionnels s'interrogent sur le sens de leurs actions. Elle nécessite néanmoins d'être accompagnée, non pas par un expert détenteur de la bonne solution, mais par un professionnel qualifié dont le rôle serait de faciliter, avec méthode, la démarche de réflexion engagée.

5. En guise d'ouverture…

La réflexion éthique représente l'opportunité d'une émancipation intellectuelle, individuelle et collective, face aux limites de l'universalisme morale, des habitudes institutionnelles et des « inter-dits » (ce qui est convenu parfois depuis longtemps entre les acteurs et sans réel fondement) permettant de redéfinir des modes de fonctionnement collectifs et institutionnels. Elle s'inscrit dans une recherche de cohérence en proposant d'autres alternatives à la « co-errance », souvent exprimée par les acteurs du système de santé. Appréhender l'éthique comme méthode d'enquête rend accessible la démarche au plus grand nombre à condition que les dilemmes rencontrés soient identifiés et surtout que les institutions acceptent et encouragent les évolutions. Face à la pluralité des propos et des raisonnements, il ne peut y avoir de dernier mot *« ou, s'il en est un, nous lui donnons le nom de violence »* **[33]** car l'éthique nous amène à questionner les cadres normatifs et à faire bouger les lignes pour offrir de nouvelles manières *« d'habiter le monde »* comme le disait Héraclite. L'éthique en santé n'est pas centrée sur une approche exclusivement médicale. Elle est à l'interface de multiples dimensions : médicale, sociologique, anthropologique, philosophique, juridique, économique etc. La réflexion éthique nécessite, dans une perspective holistique et systémique, d'entrevoir les situations rencontrées sous différents prismes, de manière microscopique ou macroscopique, selon certains degrés d'extension et d'implication collective, à l'instar de la crise sanitaire que nous traversons actuellement. A ce titre, en s'appuyant sur les réflexions du rédacteur en chef de la prestigieuse revue *The Lancet*, Barbara Stiegler affirme que la crise liée au Covid n'est pas une pandémie mais une syndémie, *« une maladie causée par les inégalités sociales et par la crise écologique entendue au sens large. »* **[34]** Autrement dit, nos sociétés sont tombées malades parce qu'elles

étaient déjà fragilisées et qu'un traitement d'ordre médical ne suffira pas. Nos modèles, sanitaire, pédagogique, économique, sociétal etc., restent à questionner et probablement à ré-inventer.

Références bibliographiques sur lesquelles s'appuie principalement cette communication :

- *Zimowski J. (2021) « L'héroïsation des soignants durant la crise sanitaire et ses conséquences en termes d'éthique pédagogique » - in : L'éthique face à la crise, le monde du soin mis au défi. Paris : Seli Arslan, p.151-163.*
- *Zimowski J. (2021) « Déployer la démarche d'enquête éthique en formation infirmière, les avantages d'une perspective pragmatiste» - Perspective Soignante, 70 (80-92).*

Notes

[1] Loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé.
[2] Ladrière J. (1997) *L'éthique dans l'univers de la rationalité*. Louvain-la-Neuve / Montréal : Artel-Fides, p.67-89.
[3] Bernard C. (1865/1966) *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris : Garnier-Flammarion, p.278
[4] Bernard C. (1865/1966) *op.cit.*, p.279.
[5 Feldman-Desrousseaux E. (2007), *Prendre soin de l'Autre souffrant*. Paris : Seli Arslan, p.118.
[6] Beecher H.K. (1966), « Ethics and clinical research » - *The New England Journal of Medicine*, 274 (1354–1360).
[7] Beauchamp T., Childress J. (2008), *Les principes de l'éthique biomédicale*. Paris : Les Belles Lettres.
[8] Décret n° 74-27 du 14 Janvier 1974.
[9] Loi n° 2009-879, du 21 Juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST.
[10] Loi n° 2016-87 du 2 Février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.
[11] Gueibe R. (2008) « L'interrogation des paradigmes dans le soin, une exigence éthique ? » - *Perspective Soignante*, 33 (6-30).
[12] Zimowski J. (2021) « L'héroïsation des soignants durant la crise sanitaire et ses conséquences en termes d'éthique pédagogique » - in : *L'éthique face à la crise, le monde du soin mis au défi*. Paris : Seli Arslan, p.151-163.
[1]3 http://www.insee.fr/fr/mobile/etudes/document.asp?reg_id=0&id=3806, consulté le 16 Février 2015.
[14] http://www.sante.gouv.fr/financement-des-etablissements-de-sante,6619.html, consulté le 23 Février 2015.
[15] Illich I. (1975) *Némésis Médicale – l'expropriation de la santé*. Paris : Seuil.
[16] Zimowski J. (2019) « Regard éthique porté sur le parcours patient au sein du réseau ville-hôpital, du mythe aux enjeux contemporains » - *Ethica Clinica*, 95 (36-40).
[17] Annexe III de l'arrêté du 31 Juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier modifié par l'arrêté du 26 Septembre 2014.
[18] Ordonnance n° 96-346 du 24 Avril 1996 portant réforme hospitalière.
[19] Guide méthodologique à destination des établissements de santé - Certification V2014, V1.1, Octobre 2014, Haute Autorité de Santé (HAS).
[20] Guide méthodologique, *L'évaluation des aspects éthiques à la HAS*, HAS, Avril 2013.
[21] Arrêté du 4 Janvier 2012.

[22] Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, *Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, ANESM, Octobre 2010.
[23] Lefève C. (2021) « La pandémie, révélateur de l'extension du domaine du tri » - in : Frédéric Worms éd., *Le soin en première ligne*. Paris : PUF, p.107-130.
[24] Jacquemin D. (2004) « La souffrance éthique du soignant » - *Ethica clinica*, 34 (9-14).
[25] Svandra P. (2009), *Le soignant et la démarche éthique*. Paris : Estem, p.7.
[26] Illich I. (1971) *Une société sans école*. Paris : Seuil.
[27] Lacroix A., Marchildon A., Bégin L. (2017) *Former à l'éthique en organisation - une approche pragmatiste*. Québec : PUQ., p.39.
[28] Boitte P., Cobbaut J.P. (2012/3), « Vers une gouvernance réflexive de la démarche éthique dans les institutions de soins » - *Journal International de Bioéthique*, vol.23 (15-31).
[29] Lacroix A., Marchildon A., Bégin L. (2017) *op. cit.*, p.25.
[30] Dewey J. (2006) *Logique. La théorie de l'enquête*. Paris : PUF, p.169.
[31] Plateau F. & Zimowski J. (2020) « Le consentement aux soins vu par les étudiants en santé » - *Ethica Clinica*, 97 (27-33).
[32] Zimowski J. (2018) « Mobiliser la simulation en santé pour la formation à l'éthique des étudiants infirmiers » - *Spirale*, 61 (123-133).
[33] Ricœur P. (1986) *Du texte à l'action. Essais d'herméneutique II*. Paris : Seuil, p.205.
[34] Stiegler B. (2021) *De la démocratie en Pandémie.* Paris : Gallimard, p.3.