



Anesm

Agence nationale de l'évaluation  
et de la qualité des établissements  
et services sociaux et médico-sociaux

Alice Müller  
Chef de projet

## REVUE DE LITTÉRATURE

# Recommandation : l'éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

## Introduction

La vocation de cette revue de littérature est de proposer au groupe de travail un ensemble d'éléments de réflexion sur l'émergence des questions éthiques dans l'intervention sociale et médico-sociale et sur les modalités pratiques de leur traitement.

Différentes sources de connaissance ont été explorées à ces fins et utilisées pour définir les principaux enjeux d'un tel questionnement :

- un *corpus* documentaire de travaux français et internationaux (ouvrages, articles, rapports...) ;
- des textes de référence pour le travail social (chartes éthiques, codes déontologiques, repères...), élaborés aussi bien au niveau local que par des organismes départementaux, régionaux, nationaux ou internationaux ;
- des notes descriptives de projets ou expériences mises en place par certaines structures (au niveau local ou fédéral) ;
- des avis consultatifs du CCNE ;
- des propos recueillis auprès des personnes ressources interviewées par l'équipe-projet dans le cadre des travaux préparatoires.

Étant donné le champ extrêmement large du sujet, nous avons retenu un angle restrictif d'exploration des données disponibles. Au vu du cadrage de la recommandation, l'ensemble du corpus de philosophie éthique a été écarté ; en revanche, nous avons privilégié l'analyse de différentes formes de démarches éthiques initiées par les professionnels, leurs bénéficiaires et leurs modalités concrètes ainsi que la compréhension du sens que ces démarches acquièrent dans le champ social et médico-social.

Dans une première partie de ce travail, nous proposerons des éléments définissant le *contexte sociopolitique de l'émergence d'une réponse éthique* à la demande de repères provenant du secteur social et médico-social.

La présentation des évolutions récentes de l'action sociale va nous permettre d'expliquer l'influence de ces transformations sur la définition de notions essentielles pour le travail social, qui sont étroitement liées à l'éthique : la responsabilité et la prise de risque dans l'intervention. L'exploration des difficultés de positionnement des professionnels dans leur action auprès des personnes vulnérables, nous permettra enfin de comprendre les raisons de l'émergence d'un appel à l'éthique dans ce secteur ainsi que de délimiter son champ d'action et ses finalités.

Dans la deuxième partie nous nous focaliserons davantage sur les *modalités pratiques de la mise en œuvre d'une démarche éthique*. Cela se fera par l'analyse de certaines dichotomies qu'on a repérées comme pertinentes pour débattre des principaux enjeux d'une telle démarche.

Nous allons donc explorer la *forme* que peut assumer une démarche éthique en présentant la dialectique entre le processus de questionnement éthique et la formalisation de ce questionnement par le biais de textes ou chartes de référence.

Nous aborderons ensuite les *méthodes* de mise en œuvre par la dialectique entre démarche d'« autorégulation » et démarche d'« hétéro régulation ». Enfin, nous nous intéresserons à l'implication des *destinataires* de la démarche par la dialectique entre professionnels et usagers.

# SOMMAIRE

La méthodologie du recueil des données	1
A) La recherche documentaire	1
B) Les interviews avec les personnes ressources	1
Partie I	2
1. Quelques évolutions récentes du travail social	2
a) Spécialisation et bureaucratisation de l'action sociale	2
b) Nouveaux métiers et dynamique partenariale	2
c) Emergence du « sujet » et contractualisation de la prise en charge	3
d) Judiciarisation des rapports sociaux	3
2. L'action des professionnels entre responsabilité et prise de risque	4
a) Entre hyper-responsabilisation juridique et déresponsabilisation morale	4
b) La notion de risque et l'impasse de l'action	5
c) Réajuster les responsabilités	5
3. La réponse éthique à la demande de repères	7
a) L'émergence de l'éthique dans l'ambivalence des missions du travail social et médico-social	7
b) La place de l'éthique dans l'action ( <i>praxis</i> )	7
c) La portée éthique du travail social et médico-social : un questionnement du sens	8
d) Risques et dérives	9
Partie II	10
1. La forme d'une démarche éthique (entre <i>processus</i> et <i>formalisation</i> )	10
a) Répondre au besoin de sécurisation par la formalisation des valeurs	10
b) Donner la priorité au processus de questionnement	12
c) Sortir d'une dialectique binaire : une <i>explicitation</i> de valeurs qui oriente le processus de questionnement	12
2. La méthode de la mise en œuvre (entre <i>autorégulation</i> et <i>hétéro régulation</i> )	14
a) Des instances d'autorégulation	14
b) Des instances d'hétérorégulation	15
3. Le processus de <i>délibération</i> éthique et l'implication des <i>destinataires</i>	18
a) Les groupes institutionnels de réflexion éthique	19
b) Les instances externes d'aide à la décision	20
c) Les groupes publics de réflexion éthique	22
Bibliographie (provisoire et non exhaustive)	24

# La méthodologie du recueil des données

## A) La recherche documentaire

L'élaboration des recommandations de bonnes pratiques passe par une recherche documentaire détaillée. Cette recherche va permettre de trouver et de définir des concepts/notions, qui serviront de base de travail, mais également de recenser un certain nombre d'expériences pratiques déjà mises en place.

Une recherche préalable est effectuée afin d'obtenir les premiers éléments nécessaires à la compréhension du sujet ainsi qu'à la rédaction de la lettre de cadrage. La définition du champ de la recommandation permet de fixer les mots-clés qui seront associés aux recherches plus spécifiques ultérieures.

Outre le fonds documentaire de l'Anesm, certaines bases de données sont systématiquement interrogées, telles que RESSAC, CAIRN ou encore BDSP. En effet, les documents qui y sont recensés sont, en général facilement accessibles pour les chefs de projet et la documentaliste.

Des sites Internet ressources ont également été consultés pour compléter la recherche :

- sites gouvernementaux nationaux et internationaux : Commission Européenne, UNESCO, INSERM, Ministère de la Santé et des sports / Ministère du Travail et des Relations Sociales (France), Ministère de la Santé et des Services Sociaux (Québec), Ministère belge des affaires sociales, Department of Health (UK), Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali (Italie), National Health and Medical Research Council (Australie).
- sites universitaires : UQUAM (Canada), BICTEL et BoREAL (Belgique).
- sites de sociétés savantes : SCIE (Royaume-Unis), Social Work Leadership Institute (Royaume-Unis), Istituto della ricerca sociale (IRS) (Italie), Fondazione Emanuela Zancan Onlus (Italie).

### 1. Les mots-clés utilisés

#### A. MOTS-CLÉS FRANÇAIS

Comité d'éthique – Décision – Déontologie – Douleur – Éthique – Éthique professionnelle – Fin de vie – Morale - Prise

de risque – Responsabilité – Secret professionnel – Action sociale – Bonnes pratiques – Médico-social – Travail social

#### B. MOTS-CLÉS ANGLAIS

Decision making – Deontology - Elderly – End of life – Ethics – Ethics committee – Morals – Palliative care – Professional Ethics – Professional secrecy – Responsibility – Good practices – Social Care Services – Social work

#### C. MOTS-CLÉS ITALIENS

Etica – Deontologia – Comitato etico – Etica professionale – Morale – Responsabilità – Servizio sociale – Servizi socio-sanitari

### 2. Les bases des données

Academic Search Premier – BDSP – Bn-Opale plus – CAIRN – CERTS – FRANCIS – RESSAC – SCIE – Springer Link

### 3. Langues des documents recherchés

Français  
Anglais  
Italien

## B) Les interviews avec les personnes ressources

Dans le cadre des travaux préparatoires de cette recommandation, nous avons mené une série d'entretiens exploratoires auprès de personnes-ressource repérées pour avoir réfléchi au sujet de l'éthique dans les champs social et médico-social et sanitaire.

Les éléments recueillis à ces occasions ont alimenté la définition du périmètre de la recommandation et donc la rédaction de la lettre de cadrage. Par ailleurs, ces contributions viennent enrichir cette revue de littérature dans la mesure où elles apportent des éclairages supplémentaires sur le plan théorique et pratique aux matériaux documentaires explorés.

Les entretiens menés ont permis d'associer à notre réflexion des personnalités d'horizons très variés, visant ainsi un

recueil de questionnements susceptibles d'éclairer l'ensemble des professionnels du secteur social et médico-social. Dans cette perspective, nous avons rencontré :

- **Michèle GUILLAUME-HOFNUNG**, Responsable du Diplôme Universitaire de *Médiation* à Paris 2, Vice-présidente du Comité des Droits de l'Homme et des questions éthiques à l'UNESCO, membre du comité *Éthique et déontologie* du Conseil Supérieur du Travail Social, présidente de l'Institut de Médiation Guillaume-Hofnung.
- **Didier SICARD**, médecin français et ancien président du Comité consultatif national d'éthique de 1999 à 2008. Il est professeur de médecine à l'université Paris Descartes et a été chef de service de médecine interne à l'hôpital Cochin, à Paris.
- **Véronique FOURNIER** : Médecin responsable du Centre d'Éthique Clinique de l'Hôpital Cochin à Paris.
- **Jean-Pierre ROSENCZVEIG** : Juge pour enfants et président du tribunal de Bobigny. Président de la mission « Déontologie et travail social » en 1992 et à l'origine de l'élaboration des « Références déontologiques pour l'action sociale ».
- **Jean-Marie GOMAS**, médecin coordonnateur de l'équipe de soins palliatifs de l'Hôpital Saint Perrine.
- **Marc ROUZEAU, Catherine DESCHAMPS et Philippe MIET** : membres du Comité de pilotage des Espaces éthiques de l'Association des Paralysés de France.
- **Paul DURNING**, directeur de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger.

Ces personnes-ressource ont été appelées à réfléchir autour de trois champs principaux d'investigation :

- La diffusion du concept d'éthique et son appropriation dans notre société actuelle ;
- L'appel à l'éthique d'abord dans le domaine d'intervention sanitaire, puis dans le secteur social et médico-social : son contexte d'émergence, les besoins qui le fondent et les risques d'instrumentalisation ;
- La spécificité de la réponse éthique dans le secteur social et médico-social : les bénéfices qu'elle peut apporter et les modalités pratiques de sa mise en œuvre.

# Partie I

## 1. Quelques évolutions récentes du travail social

Dans un rapport publié en 2001<sup>1</sup>, le Conseil Supérieur du Travail Social (CSTS) fait état, à partir de l'examen de la presse sociale depuis 1994, d'un emploi accru des termes d'*éthique*, de *déontologie*, mais aussi de *prise de risque* et de *responsabilité*. Les résultats de cette analyse permettent de supposer une montée en puissance de certaines préoccupations du champ professionnel et notamment un besoin accru de références et de repères pour l'intervention sociale.

L'hypothèse de travail du CSTS consiste à relier cette montée d'une demande de repères, supposée ou réelle, au contexte sociopolitique de son émergence et, en particulier, aux évolutions et tendances qui ont marqué les politiques publiques et les positionnements professionnels en France, dans les deux dernières décennies.

Il nous semble pertinent, afin d'introduire ce travail de réflexion, de mettre en valeur une sélection, non exhaustive, de facteurs contextuels divers, répertoriés par plusieurs auteurs<sup>2</sup> et qui sont susceptibles de nous éclairer dans la compréhension de l'émergence d'une demande de repères et références pour la pratique dans le champ social et médico-social.

Il s'agit, en particulier, d'explorer : la spécialisation et la bureaucratisation de l'action sociale, les nouveaux métiers et la pratique partenariale, l'émergence du sujet et la contractualisation de la prise en charge des usagers ainsi que la judiciarisation des rapports sociaux.

### a) Spécialisation et bureaucratisation de l'action sociale

La décentralisation des politiques publiques, initiée dans les années 1980, s'accompagne d'un processus progressif de contractualisation des rapports sociaux entre l'Etat et ses unités administratives locales. Ces deux phénomènes sont à l'origine d'une modification importante du rapport au métier dans le travail social puisque une « augmentation sensible du temps passé en travail administratif » se fait « au détriment d'une véritable intervention sociale en faveur des usagers<sup>3</sup> ». Ce phénomène est constaté et ensuite théorisé par la sociologie, qui commence à distinguer le *social de gestion*, lié au déploiement de nouveaux dispositifs et s'accompagnant d'une monétarisation et d'une bureaucratisation de l'action, et le *social d'intervention*.

Le sociologue des professions et du travail, Michel Autès, identifie trois directives de transformation du travail social<sup>4</sup>.

En phase avec les constats du CSTS, cet auteur distingue, de prime abord, un processus de segmentation au sein des champs professionnels du travail social qui assume les formes d'une séparation entre métiers du contact (*front office*, d'après la sociologie du travail anglo-saxon) et métiers de la procédure (*back-office*), de l'administration du social. Or, si cette distinction a toujours existé, elle s'affirme aujourd'hui dans une spécialisation par métiers différents de missions qui, auparavant, étaient assurées par le même professionnel.

Dans une réalité de l'intervention sociale de plus en plus affecté par une logique technocratique et gestionnaire, la spécialisation du métier trouve sa légitimité dans l'acquisition de compétences techniques qui viennent l'emporter sur la priorité de la compétence relationnelle et du sens même de la mission<sup>5</sup>.

Cette deuxième directive de transformation du travail social entraîne directement une troisième évolution qui constitue son corollaire. Avec l'extension de la logique marchande, on assiste à la montée d'un déséquilibre dans la portée des termes de la *relation de service*, au détriment de la « relation » et au profit du « service ». Ce qui veut dire que ce qui a toujours fait la spécificité de la relation de service au sein du domaine social et médico-social, à savoir la relation, se voit aujourd'hui remplacé par des services dont l'objet serait uniquement la réponse aux besoins, la production d'un résultat efficace et rapide, prêt à être « consommé » par le public.

### b) Nouveaux métiers et dynamique partenariale

La logique de spécialisation des métiers ainsi que la territorialisation des politiques d'intervention constituent deux facteurs majeurs de complexification du travail social.

D'une part, « le déploiement de nouveaux types d'interventions sociales (...) dépose une nouvelle couche sédimentaire sur le millefeuille des métiers « sociaux ». Les acteurs professionnels (...) perdent globalement en visibilité vis-à-vis de leur propre situation dans l'espace social et en tant qu'acteur professionnels organisés<sup>6</sup> ».

D'autre part, la territorialisation des politiques sociales demande aux professionnels d'adopter une approche du travail de plus en plus collective ou communautaire<sup>7</sup>, en se faisant vecteurs d'une coopération territoriale. Dans cette perspective, la stratégie partenariale devient un facteur central de l'intervention sociale et les acteurs locaux sont appelés à passer d'une logique d'action sociale à une dynamique de développement social local, d'une « logique de guichet à une dynamique de projet territorial<sup>8</sup> ».

1 CSTS. *Ethique des pratiques sociales et déontologie des travailleurs sociaux*. Rennes : Edition ENSP, 2001.

2 Pour approfondir cet aspect, voir les ouvrages de CSTS (2001), Rosenzweig, Verdier (1998), Bouquet (2004).

3 CSTS. *Ethique des pratiques sociales et déontologie des travailleurs sociaux*. Rennes : Edition ENSP, 2001, p. 34.

4 Autès M., *Les pratiques de médiation au regard des évolutions contemporaines de l'action sociale et du travail social*, in « La médiation sociale et culturelle : enjeux professionnels et politiques », Actes du colloque européen, Saint-Denis : Profession Banlieue, 2001.

5 Pour cet aspect, voir aussi Sias M. *Etica di una professione*, *Rivista di servizio sociale*, 1998, n. 4, p. 51-61.

6 CSTS. *Ethique des pratiques sociales et déontologie des travailleurs sociaux*. Rennes : Edition ENSP, 2001, p. 37.

7 *Ibidem*, p. 34.

8 Cauquil G., *Conduire et évaluer les politiques sociales territorialisées*, Paris : Dunod, 2004.

La prise en compte de ces questions dans l'organisation du travail social est considérée comme une exigence, comme le montre l'extrait d'une interview au philosophe Paul Blanquart :

« (...) : d'agents de l'Etat-providence (distributeurs d'allocations ou animateurs de loisir d'occupation...), ils doivent se transformer en experts facilitateurs, accompagnateurs-pédagogues de la raison communicationnelle, du relationnel démocratique. On leur demande du reste non plus d'assister mais d'insérer. Prenez les opérations de développement social des quartiers ou le développement local. (...) Il s'agit simultanément de les rebrancher sur la trame réseau environnante et de relancer la capacité d'initiative innovante de chacun. (...) D'où, dans ces opérations, des pratiques de partenariat entre acteurs divers [...] Il ne s'agit pas pour chacun de ces acteurs de s'enfermer dans son point de vue propre mais de trouver ensemble en quoi ils peuvent concourir à la création d'activité socialement reconnues et susceptibles de correspondre au potentiel ainsi réactivé de chaque exclu. On a donc besoin d'animateur de ce partenariat (...) »<sup>9</sup>

### c) Emergence du « sujet » et contractualisation de la prise en charge

La contractualisation ne se développe pas uniquement au niveau de la gestion des rapports entre l'Etat et les collectivités territoriales. Il s'agit de réorganiser l'ensemble des relations, y compris celles avec les usagers, par la méthodologie du contrat.

Cette nouvelle logique qui est à l'œuvre est l'expression opérationnelle d'un renversement de perspective se jouant au niveau global dans le secteur : comme l'explique un autre rapport du CSTS datant de 1996<sup>10</sup>, on passe d'une conception fonctionnaliste et structuraliste de la société, où l'acteur est pur support du système, placé sous le contrôle de la rationalité instrumentale, à une sociologie du sujet.

« Fondé sur le "moi individuel", le concept de personne maintenant différencié du personnage social, élément fonctionnel et constitutif du "nous sociétal" des sociétés primitives, peut être conçu comme un "moi social" défini dans une spécificité du moi en lien avec une réalité sociale multipolaire.<sup>11</sup> »

Dans cette nouvelle perspective, le contrat se pose au service d'un projet et « considère l'utilisateur comme acteur, partenaire, sujet, le remplaçant dans une relation triangulaire, dans une responsabilité collective, impliquant son environnement social proche comme la société elle-même dans ses diverses composantes<sup>12</sup> ».

Cette évolution enrichit la conception du travail social et fonde la notion de l'aide à la personne. L'intervention d'aide sociale à la personne se situe donc à trois niveaux<sup>13</sup> :

- 1. la personne elle-même** : c'est le souci de l'autre, de son univers singulier, une centration sur son quotidien et son identité. (...) C'est aussi la fonction de médiation entre l'identité originelle et l'identité en construction au cours du processus d'intégration sociale (...);
- 2. la sociabilité de la personne** considère le sujet inscrit dans son microcosme, son réseau de relations plus ou moins étendu ; on se situe là au niveau du lien social et de la place du sujet dans la société ;
- 3. l'articulation du quotidien singulier avec la globalité économique et sociale et culturelle** qui caractérise la société. Nourrir, interpellier et adapter l'action sociale organisée, réglementée, c'est avoir une certaine fonction d'expertise du social concret et d'interpellation institutionnelle et politique.

### d) Judicialisation des rapports sociaux

Un dernier élément qu'il nous semble pertinent de valoriser parmi les facteurs entraînant une évolution de l'action sociale est la croissante judicialisation des rapports sociaux.

Le droit représente « l'expérience d'un univers partagé qui assure une certaine sécurité en raison de la prévisibilité des comportements<sup>14</sup> ». Toutefois, un cadre juridique juste constitue un compromis éthique et il doit faire preuve d'une capacité d'adaptation aux mutations sociétales afin de garder sa pertinence. C'est pourquoi l'articulation entre droit et éthique est souvent complexe et en tension permanente.

Plusieurs analyses sociologiques<sup>15</sup> se rejoignent dans le constat d'une progressive perte de pertinence des modes et lieux traditionnels de régulation des rapports sociaux, comme la religion, la communauté, l'école, au profit d'une survalorisation du droit comme forme de contrôle social.

D'une part, l'insécurité générée par le contexte actuel alimente l'ingérence du discours juridique dans l'espace politique, social, économique : « (...) la loi s'inspire de plus en plus de dispositions de type technique et administratif » et « a tendance à devenir plus réglementaire ».

D'autre part, les nombreux « affaires » pénales survenues au début des années 2000 et concernant le monde de l'action sociale et éducative<sup>16</sup>, ont alimenté une crise de légitimité du secteur ainsi qu'un contexte de défiance. Dans ce cadre, l'intervention du législateur a été estimée nécessaire pour qu'il comble les vides juridiques laissés par trente ans de réajustements ponctuels et qu'il apporte une réponse aux conflits entre normes contradictoires par des nouvelles dispositions juridiques.

Face à ces facteurs majeurs de transformation sociale, la réaction des ministres des affaires sociales au début des années 1990 nous donne la mesure du malaise remonté du terrain à la sphère

9 Valeurs et travail social aujourd'hui, interview de Paul Blanquart par Eliane Replay, *Forum*, n° 60, juin 1992, p. 6.

10 CSTS, *L'intervention sociale d'aide à la personne*, Rennes : Edition ENSP, 1996, p. 44.

11 *Ibidem*, p. 46.

12 CSTS, *Ethique des pratiques sociales et déontologie des travailleurs sociaux*, Rennes : Edition ENSP, 2001, p. 33.

13 *Ibidem*, p. 47.

14 Bouquet B., *Ethique et travail social*, Paris : Dunod, 2004, p. 49.

15 Pour cet aspect, voir Bouquet (2004), Bonafé-Schmitt (1998).

16 Jaeger M., *Du principe de responsabilité au processus de responsabilisation*

décisionnelle politique. Les effets de ce processus de complexification de l'action sociale sont ressentis dans le traitement des situations au quotidien et dans la difficulté pour les travailleurs sociaux de se positionner vis-à-vis des autres agents sociaux ainsi que des usagers.

Dans ce contexte, le ministre Claude Evin passe commande, en février 1991, pour la réalisation d'un « inventaire de règles déontologique afin d'en donner une lecture adaptée aux problèmes contemporains d'exercice du travail social » ; juste une année plus tard son successeur, Jean-Louis Bianco, souligne l'opportunité « de mettre en évidence les principales règles déontologiques du travail social (...) et de clarifier les termes de responsabilités propres et communes de l'Etat, des employeurs publics et privés et de leurs salariés, dans le champ de l'action sociale<sup>17</sup> ».

## 2. L'action des professionnels entre responsabilité et prise de risque

La complexification de l'intervention sociale et le processus de judiciarisation des rapports sociaux donnent une place nouvelle aux questions des *responsabilités* des travailleurs sociaux.

L'investissement personnel et professionnel, selon les propos de Marcel Jaeger, « est renvoyé, plus que jamais, à la nécessité de *rendre compte* des effets de ses actions, de répondre "de...", "à...", tout en sachant que « le "à..." s'est démultiplié car les tiers à qui il convient de répondre sont de plus en plus nombreux (les usagers et leurs familles, les medias, les juges, les responsables politiques, administratifs...<sup>18</sup>) ».

Face à une production juridique toujours plus intense et à une multiplication des contentieux, l'exposition permanente à des risques potentiels de poursuite est considérée comme l'un de facteur accélérant la mutation des cultures professionnelles en terme de rapport au droit.

La notion de responsabilité est centrale dans la littérature investiguant le rapport entre droit, éthique et travail social. Comme Alain Etchegoyen le rappelle dans son ouvrage *Le temps des responsables*<sup>19</sup>, la responsabilité est un concept issu du droit dont l'usage a ouvert le spectre de ses significations. C'est ainsi qu'on peut distinguer trois acceptions de la notion de responsabilité :

- Une acception juridique, péjorative, renvoyant à la notion de *faute* (qui est le responsable ?) et qui relève d'un passé recomposé ;
- Une acception neutre, dépourvue de valeur, renvoyant à sa signification littérale : la *capacité à répondre de ses actes* là où ces derniers sont indifférents. La responsabilité excède la relation simple de causalité puisqu'elle inclut l'idée d'un discours : *je peux répondre, c'est moi qui suis la cause*. La réponse suppose une conscience qui articule des mots.
- Une acception où la responsabilité devient valeur : être responsable de quelque chose ou de quelqu'un. Tant que la responsabilité se réduit à l'imputation d'une causalité, même consciente, nous esquivons l'essentiel : faire de la responsabilité une valeur, c'est indiquer des *devoirs*. *Je suis responsable de, je dois agir, plus encore, je ne dois pas être négligent*. Le devoir s'impose à ma conscience. Hantée par la présence de l'Autre (...). C'est l'Autre à qui je dois répondre, à qui je veux répondre<sup>20</sup>.

En déclinant les acceptions aux extrémités de ce spectre, on pourra encore distinguer parmi les responsabilités juridiques : la responsabilité professionnelle, civile et pénale ; et parmi les responsabilités non juridiques : la responsabilité morale, sociale et personnelle<sup>21</sup>.

### a) Entre hyper-responsabilisation juridique et déresponsabilisation morale

Si on s'en tient aux évolutions récentes du droit, sa branche civile, confrontée à des nouvelles situations, telles les accidents du travail ou les accidents de la circulation, a tenté de dépasser la notion de *faute*, qui seule fondait la responsabilité, en faveur d'un élargissement du fondement de la responsabilité à la notion de *risque*.

« Ainsi, le droit tend-il à considérer toute action entreprise comme un risque que court l'individu, dans la mesure où toute action peut représenter un risque pour autrui.<sup>22</sup> »

Dans cette perspective, le droit a procédé à un élargissement du concept de responsabilité entraînant des effets sur le système d'assurance : il a mis l'accent à la fois sur l'*indemnisation* des victimes et sur la notion de *causalité*.

« Peu importe qu'une personne soit moralement responsable, *elle est en cause si elle est cause*, de près ou de loin. Le souci moral de voir la victime n'être pas dans le dénuement retire toute dimension morale à la responsabilité juridique.<sup>23</sup> »

D'une part, l'hyperproduction normative et la priorité de la régulation juridique manifestent la tendance de reconduire la liberté du jugement et du choix des individus singuliers à l'intérieur des frontières rassurantes de la loi. Il en dérive une conception technicienne et fonctionnelle de la responsabilité entendue comme devoir de se conformer à un code systématisé d'engagements moraux<sup>24</sup>.

D'autre part, en réduisant le responsable à cet homme qui doit payer pour une faute ou un préjudice, on accentue la dérive de la responsabilité à un souci d'*assurance*.

« En étant assuré tous risques nous pouvons faire subir n'importe quel dommage sans en intégrer les conséquences. La responsabilité se réduit à des procédures et la désignation du responsable, amiable ou contentieuse, se fait en dehors de nous.<sup>25</sup> »

17 CSTS. *Ethique des pratiques sociales et déontologie des travailleurs sociaux*. Rennes : Edition ENSP, 2001, p. 39.

18 Jaeger M., *Du principe de responsabilité au processus de responsabilisation*.

19 Etchegoyen A., *Le temps des responsables*, Paris : Agora, 1996.

20 Pour approfondir la responsabilité comme nécessité de répondre à l'autre, voir Levinas (1982), Ricoeur (1990, 1994a et b).

21 Jaeger M., *Du principe de responsabilité au processus de responsabilisation*.

22 Etchegoyen A., *Le temps des responsables*, Paris : Agora, 1996, p. 49.

23 *Ibidem*, p. 49.

24 Bauman Z., *Individuellement insieme*, Reggio Emilia : Edizioni Diabasis, 2008.

25 Etchegoyen A., *Le temps des responsables*, Paris : Agora, 1996, p. 49.

Dans cette appropriation juridique du concept de responsabilité, nous sommes très loin du concept moral de la responsabilité, qui au lieu d'être fuie, demande à être revendiquée.

Le visage d'autrui n'est pas que défiguré, blessé, lésé ; l'évaluation d'une responsabilité n'est pas monnayable<sup>26</sup>.

Dans les propos du sociologue allemand Bauman, « chaque société manipule le potentiel moral de ses propres membres, en établissant les frontières de l'univers des obligations morales (...) ». Dans nos sociétés occidentales, un processus est à l'œuvre qui essaie de « réduire, si non pas d'éliminer, l'ambivalence inhérente à la situation morale dans laquelle nous tous sommes impliqués », en transformant ainsi « le problème moral de la responsabilité du choix au devoir de se conformer<sup>27</sup> ».

Ce principe peut être transposé de la réalité sociétale globale, au domaine restreint de l'intervention sociale, où une hyper-responsabilisation juridique des professionnels du secteur social et médico-social se traduit par ailleurs en une déresponsabilisation morale.

Le risque de devoir répondre de ses actes autant que de ses non-actes devant la justice peut affaiblir la force de la présence d'autrui, auquel nous devons confronter des actes dont toute la profession pourrait parfaitement nous exonérer.

« Faire de la responsabilité un principe moral est beaucoup plus ambitieux. (...), elle implique que le bon professionnel soit soucieux de l'Autre qui est ailleurs. La morale de la responsabilité ne se contente pas de nous voir répondre devant nos pairs de nos actes professionnels.<sup>28</sup> »

## b) La notion de risque et l'impasse de l'action

Cette survalorisation du dispositif de responsabilités juridiques diverses (civile, pénale, professionnelle ou disciplinaire) est considérée être à l'origine de phéno-

mènes de paralysie de l'action professionnelle, ou, selon une expression courante dans le secteur, d'une « ouverture systématique du parapluie<sup>29</sup> ».

Dans les propos de Patrice Dunaigre, président du Comité départemental d'éthique des Yvelines, un « usage systématique, à titre de prévention, du principe de précaution (est) supposé éviter le pire ». En se réfugiant dans le « déni interdisant toute posture réflexive, toute intelligibilité (...) le social ne raisonnerait plus que sous l'égide d'une équation ramenant la complexité des faits à leur seule traduction judiciaire ou juridique<sup>30</sup> ».

L'impasse de l'action est étroitement liée à la façon d'entendre et d'organiser la prise de risque dans les différents contextes du travail social et médico-social. La vulnérabilité des populations accueillies ou accompagnées donne à chaque décision un poids et une portée particulière et appelle une responsabilité des professionnels en conséquence.

« Dans ce cas la notion de risque se déplace de la personne elle-même vers son entourage qui va devoir assumer lui-même le dilemme de l'arbitrage entre risque et sécurité non plus pour lui-même, mais pour le compte d'un tiers déchu de sa capacité à prendre des risques.<sup>31</sup> »

Alors que l'engouffrement dans l'hyper-responsabilisation juridique a pour conséquence fort probable l'impasse de l'action, la responsabilité prise dans son acception morale, porte naturellement à l'action. « Elle est ce concept qui permet de penser la morale sans la déconnecter des actions non seulement possibles, mais réelles; ce concept qui m'oblige à faire se dépasser ma propre intention pour y intégrer les opérations mêmes qu'elle engage.<sup>32</sup> »

Dans les mots de Brigitte Bouquet, « responsabilité et risque vont de pair. La responsabilité entraîne l'acceptation du risque.<sup>33</sup> »

La maîtrise du risque est alors l'un des paramètres déterminant le niveau d'autonomie de l'individu : prendre un risque signifie d'une certaine manière « explorer et interroger le monde sur la marge de liberté qu'il nous laisse.<sup>34</sup> »

Le contexte organisationnel devrait donc permettre une interprétation et un ajustement de la norme et de la règle au plus près des intérêts des populations accueillies<sup>35</sup>. L'importance de la marge d'appréciation et de manœuvre technique des agents sociaux est soulignée par plusieurs auteurs<sup>36</sup> qui insistent sur le maintien de cette capacité à prendre des risques comme l'essence même de l'action sociale et médico-sociale.

## c) Réajuster les responsabilités

Afin de garantir cette marge de liberté dans l'action de l'intervenant social ou médico-social, une réflexion sur les responsabilités des différents agents sociaux est nécessaire.

L'agencement des responsabilités dans un contexte de travail social se fait à deux niveaux qui restent entremêlés :

- la hiérarchie du travail, qui définit l'espace des relations verticales,
- et le lieu de la rencontre avec l'usager, qui circonscrit un espace de relations horizontales.

Les responsabilités à l'œuvre dans le cadre des relations hiérarchiques constituent le fondement nécessaire au développement de la double responsabilisation se jouant dans la relation entre professionnel et usager.

Concernant le niveau des relations verticales, trois formes de responsabilité sont reconnues comme pertinentes<sup>37</sup> : la responsabilité institutionnelle, la responsabilité professionnelle et la responsabilité personnelle. Cette dernière ne peut être engagée que si elle est supportée par les deux premières et se joue principalement dans l'espace relationnel entre professionnel et usager.

26 *Idem*.

27 Traduit de : Bauman Z., *Individuellement insieme*, Reggio Emilia : Edizioni Diabasis, 2008, p. 121.

28 Etchegoyen A., *Le temps des responsables*, Paris : Agora, 1996, p. 156.

29 Rosenczveig J. -P., Verdier P., *Les responsabilités en travail social*, Paris : Dunod, 1998.

30 Dunaigre P., Pour un comité d'éthique, l'avis et son écriture ne peuvent être qu'incitation au débat, *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2007, n. 1, p. 99.

31 Amyot J.-J., Villez A., *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques*, Paris : Dunod, 2001, p. 110.

32 Etchegoyen A., *Le temps des responsables*, Paris : Agora, 1996, p. 65.

33 Bouquet B., Responsabilité éthique et travail social, in « Quelle responsabilité ? : du principe à l'action », *Vie sociale*, mai-juin 2001, n. 3, p.

34 Amyot J.-J., Villez A., *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques*, Paris : Dunod, 2001, p. 110.

35 Mossu G., Entre norme et stratégie : la question de l'éthique dans le travail social in « Quelle responsabilité ? : du principe à l'action », *Vie sociale*, mai-juin 2001, n. 3.

36 Voir les ouvrages de Rosenczveig, Verdier (1998), Mossu (2001) et Dunaigre (2007).

37 Lavoué J., *LAEMO : une éthique de la responsabilité, Sauvegarde de l'enfance*, 1996, n.1, p. 50-55.

- La *responsabilité institutionnelle* est proprement constitutive des deux autres niveaux, professionnel et personnel ; de même, elle garantit les espaces de responsabilité des autres acteurs impliqués, celui des familles, mais aussi du prescripteur de la mission ainsi que ceux de tous les autres partenaires<sup>38</sup>. Elle constitue la référence à la règle, à la loi, et structure un cadre dans lequel vont pouvoir se jouer d'autres responsabilités (responsabilité de mission, l'organisation du travail, l'obligation de moyen, par exemple)<sup>39</sup>.

Il y a toujours un niveau de responsabilité institutionnelle et c'est la fonction du directeur de la structure de l'assumer.

- La *responsabilité professionnelle* identifie le fait qu'on répond de la mission confiée et de la qualité de l'aide apportée parce que l'on peut justifier d'un métier. C'est l'ensemble de compétences techniques et professionnelles, savoir-faire et savoir-être qui contribuent à structurer une légitimité professionnelle.

Ce niveau de responsabilité, lorsqu'il repose sur une véritable technicité développée en équipe, protège chaque intervenant de ce qu'il pourrait y avoir d'écrasant ou de submergeant dans un engagement trop personnel<sup>40</sup>.

Elle est engagée principalement à l'égard des ses propres pairs ainsi que ses supérieurs hiérarchiques (et peut être formalisée par des références déontologiques).

- La *responsabilité personnelle*, s'il peut paraître le plus singulier des niveaux, il est aussi le plus large et le plus englobant, car il s'agit d'être en mesure de se situer en présence d'autres personnes. « La responsabilité engage la personne, en appelle au sujet. Et le sujet n'advient que dans la conscience de sa (propre) limite, de sa relativité ; (...) la responsabilité personnelle, qui suppose un abandon de la toute-puissance, instaure le sujet en le référant à l'autre.<sup>41</sup> »

Cette dernière acception de la responsabilité nous entraîne directement dans l'espace de la relation entre l'aidant et l'aidé. En se référant à la pensée d'un grand philosophe du siècle dernier, Emmanuel Levinas, c'est dans la rencontre de l'Autre, dans le face à face avec l'Autre que s'instaure « l'expérience irréductible et ultime de la relation<sup>42</sup> ».

Cette relation au visage est d'emblée éthique et appelle ma responsabilité pour l'Autre. Il ne s'agit pas, nous dit Levinas, d'une relation de connaissance où l'on recherche une adéquation de l'objet, mais bien d'une ouverture à l'incontenable, à la pensée de l'Infini et de l'Inégal.

Ce rapport asymétrique s'instaurant dans le face-à-face avec l'autre implique en réalité sa propre limitation par le principe de *réciprocité* et le principe de *justice*.

En suivant la pensée de Ricœur, dans la relation entre le souffrant et l'aidant intervient la sollicitude comme vertu par laquelle l'inégalité de puissance est compensée par une authentique réciprocité de l'échange<sup>43</sup>.

En effet, la relation entre professionnels et usagers se joue dans le rapport entre les notions d'*autonomie* et *dépendance*, qui ne constituent pas des réalités opposées<sup>44</sup> :

- Autonomie est la capacité ou droit qu'a une personne à choisir les règles de sa vie et les risques qu'elle est prête à courir.
- Dépendance est le fait qu'une personne n'effectue pas sans aide les activités de la vie quotidienne.

Dans la relation d'aide, la prise en compte de la dépendance, qui est une caractéristique de l'intervention auprès des personnes vulnérables, devrait rester ainsi au niveau des moyens et se donner comme objectif le développement de l'autonomie de la personne.

Il s'agit donc d'affirmer l'enjeu d'un double processus de responsabilisation où, « être capable de répondre suppose cette capacité de dialogue fondée sur la reconnaissance de l'altérité et délo-

gée de la volonté de maîtrise ». Selon Genard, « l'Autre m'apparaît comme une volonté autonome qui m'oblige à une autolimitation de mon vouloir. Cette réciprocité est (alors) à la fois celle de l'attribution de qualités subjectives qui constituent le sujet, celle d'une autolimitation réciproque des sphères d'activité de chacun et celle de la reconnaissance de la nécessaire complémentarité des droits et des devoirs<sup>45</sup> ».

D'autre part, le concept de justice advient du moment où la relation éthique qui se consomme dans le face à face « est dès l'origine ouverte à *tous les autres* et impose d'emblée le *principe d'égalité*<sup>46</sup> ».

Le concept de justice est alors exprimé par cette tension profonde et permanente entre l'ordre social dans lequel les individus coexistent « *ensemble-dans-un-lien* » et le rapport éthique asymétrique, sensible à la singularité<sup>47</sup>. La justice devient le nœud du conflit entre l'affectif et le rationnel, la réalisation de soi et le rapport au monde, le singulier et le collectif<sup>48</sup>.

La responsabilité personnelle et morale engagé dans la relation à la personne aidée ne peut donc pas faire abstraction d'une responsabilité sociale qui demande à prendre en compte l'ancrage de ses actes dans le temps et dans l'espace social et par là les conséquences futures de la société que l'on construit. « La responsabilité consomme du temps car elle exige un suivi (...) Elle nous installe de plain-pied dans le futur. (...) elle oblige à prévoir, puisque ce n'est pas seulement cet acte-ci qui est en jeu mais tout ce qu'il entraîne, l'ensemble des séries causales qui en découlent<sup>49</sup> ».

38 *Ibidem*, p. 52.

39 Bouquet B., Responsabilité éthique et travail social, in « Quelle responsabilité ? : du principe à l'action », *Vie sociale*, mai-juin 2001, n. 3, p. 16-17.

40 Lavoué J., L'AEMO : une éthique de la responsabilité, *Sauvegarde de l'enfance*, 1996, n.1, p. 52-53.

41 *Ibidem*, p. 52-53.

42 Levinas E. *Ethique et infini*, Paris : Fayard, 1982, p. 71.

43 Ricœur P. *Ethique et responsabilité*, Paris : La Baconnière, 1994; Ricœur, P. *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil, 1990.

44 Commission Interministérielle De Terminologie Auprès Du Secrétariat D'Etat Chargé Des Personnes Âgées, *Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement*, Paris : Franterm, 1984.

45 Genard J.-L., *La grammaire de la responsabilité*, Paris : Editions du Cerf, 1999.

46 Hayat P., *Emmanuel Levinas : éthique et société*, Paris : Kimé, 1996.

47 *Idem*.

48 CSTS, *L'intervention sociale d'aide à la personne*, Rennes : Edition ENSP, 1996, p. 53.

49 Etchegoyen A., *Le temps des responsables*, Paris : Agora, 1996, p. 67.

### 3. La réponse éthique à la demande de repères

Dans le contexte de complexification de l'intervention sociale qu'on vient de décrire, l'appel à l'éthique, tout en assumant des formes différentes, exprime toujours la même nécessité de définir des repères pour la conduite de l'action et le positionnement des agents sociaux. Or, si l'on se tient aux réflexions proposées dans cette première partie, cette demande de repères est intimement liée à la nécessité de rétablir un bon agencement de responsabilités engagées dans le secteur et de garantir, ainsi, la place de la prise de risque et du choix moral des professionnels.

Dans cette perspective, il nous semble important de poser la réflexion sur le champ investi par l'éthique dans le travail social ainsi que sur la signification et les enjeux d'un appel à l'éthique dans ce secteur.

#### a) L'émergence de l'éthique dans l'ambivalence des missions du travail social et médico-social

Dans son ouvrage sur l'éthique et le travail social, Brigitte Bouquet affirme que « l'action sociale se trouve interrogée par les contradictions sociales sur ses finalités mêmes, sur le sens du vivre ensemble, comme l'est la société tout entière<sup>50</sup>. »

Ces contradictions constituent l'essence même du travail social du moment où ce champ d'intervention est structuré par « la double nécessité d'être (à la fois) au service de son organisation et des destinataires de l'action que l'on mène au nom de son employeur, et plus généralement de sa mission de service public<sup>51</sup>. »

Ce double ordre d'attentes, ce positionnement ambivalent entre aide et contrôle, influencent fortement l'élaboration de conduites et de pratiques qui peuvent devenir le lieu de tensions inhérentes, inévitables.

« L'expérience de la pluralité des composantes morales d'un problème, voire de leur opposition sous forme de dilemme est commune (...). Les antagonismes et conflits dont je parle ici ne renvoient pas seulement à une incertitude quant à la connaissance de ce qu'on doit faire mais résultent surtout d'une réelle hétérogénéité des devoirs et des sources morales<sup>52</sup>. »

Cela se pose particulièrement dans le travail social du fait de sa position d'interface, de l'« entre-deux » où se situe le professionnel ; les paradoxes et les ambivalences de ses missions peuvent en fait générer des tensions de types différents<sup>53</sup> :

- Tensions dues aux champs d'appartenance engageant des intérêts parfois divergents ;
- Tensions entre les exigences qui découlent des valeurs et des contraintes matérielles, financières, administratives, politiques, techniques... ;
- Tensions subjectives qui distinguent les uns des autres et où, en fonction des situations concrètes auxquelles ils sont confrontés, les attitudes seront différentes ;
- Tensions entre les groupes dont chacun s'estime porteur de valeurs ;
- Tensions entre différentes positions professionnelles dans l'organisation ;

Ces enjeux majeurs du contexte d'intervention sociale peuvent s'exprimer, plus concrètement, dans une dialectique de valeurs contradictoires<sup>54</sup> :

- Intérêt privé des personnes et intérêt collectif ;
- Aide et normalisation/contrôle ;
- Demande de l'usager et commande institutionnelle ;
- Autonomie et réglementation ;
- Secret et transparence ;
- Secret et information partagée ;
- Logique de mission et logique de gestion ;
- Logique économique et logique sociale ;
- Qualité de l'intervention et rentabilité, rationalisation financière
- Bienfaisance et autonomie ;
- Bienfaisance et justice.

Ces contradictions sont à considérer comme transversales aux différents domaines d'action du secteur social et médico-social (personnes âgées, personnes handicapées, domaine de l'enfance en danger et enfance délinquante, domaine de l'exclusion).

Elles peuvent se traduire en *dilemme éthique* quand les valeurs exprimées dans chaque binôme s'imposent comme impératifs d'égale importance. Le dilemme étant défini comme « alternative contenant deux propositions contraires ou contradictoires entre lesquelles nous sommes mis en demeure de choisir.<sup>55</sup> »

#### b) La place de l'éthique dans l'action (*praxis*)

« Passer des valeurs à l'éthique, c'est procéder à la mise en acte. L'éthique s'éprouve dans l'acte ; elle est un questionnement critique permettant d'éclairer celui-ci, de lui donner sens. »

« Si la *morale* a bien à faire avec les valeurs reconnues dans une société donnée et fournit de références et de principes pour orienter une action, l'éthique s'appuie alors sur ces valeurs mais c'est pour les réinterroger au vu de la particularité de chaque situation ; elle questionne l'action<sup>56</sup>. »

L'éthique se situe donc dans la sphère de l'action – *praxis*, en grec ancien – c'est-à-dire dans le « *mouvement concret d'un sujet agissant*<sup>57</sup> ».

Selon Bouquet<sup>58</sup>, la *praxis*, en tant qu'espace d'action du travailleur social, est structurée par plusieurs dimensions :

- *Dimension téléologique* : caractère finalisé de l'action.
- *Dimension stratégique* : projet-programme qui conduit à formuler des objectifs précis et à définir des méthodes et des moyens adaptés pour les atteindre, compte tenu d'une certaine interprétation de la situation.
- *Dimension normative* : l'acte d'intervention est généralement délimité par un mandat ou une mission subordonné à des règles implicites ou explicites.

50 Bouquet B., *Ethique et travail social*, Paris : Dunod, 2004, p. 5.

51 CSTS, *L'intervention sociale d'aide à la personne*, Rennes : Edition ENSP, 1996, p. 51.

52 Canto-Sperber M., Les ambitions de la réflexion éthique, in *Esprit*, mai 2000.

53 Bouquet B., *Ethique et travail social*, Paris : Dunod, 2004, p. 73-74.

54 Pour compléter cette liste, qui ne se veut d'ailleurs pas exhaustive, nous nous sommes référés à deux textes, principalement : Bouquet (2004) et Svandra (2005).

55 Bouquet B., *Ethique et travail social*, Paris : Dunod, 2004, p. 80.

56 *Ibidem*, p. 65.

57 Misrahi R. *Le philosophe, le patient et le soignant. Ethique et progrès médical*, Paris : Les empêcheurs de penser en rond, 2006.

58 Bouquet B., *Ethique et travail social*, Paris : Dunod, 2004, p. 66-67.

- *Dimension dramaturgique* : celle où le travailleur social se met en scène dans un jeu d'interaction avec le destinataire ou sujet-acteur de son intervention.

Par conséquent, l'action comme procès de savoir et stratégie d'intervention se caractérise par le fait qu'elle associe de manière dialectique les éléments suivants :

- Des finalités (visée idéale, référents éthiques, idéologiques, moraux...);
- Des buts (recherche de résultats);
- De représentations d'un milieu social, d'un public;
- Des référents théoriques;
- Des méthodes et techniques;

Dans une telle explicitation des enjeux de l'action dans le champ social, l'éthique fait partie de l'acte, mais elle ne recouvre pas l'acte en entier. « L'éthique éclaire l'action sous un angle particulier, mais n'en épuise pas la signification<sup>59</sup>. »

Dans chaque situation sociale, la réponse apportée par le travailleur social est le résultat d'une pluralité d'éléments :

- Une finalité donnée par l'éthique;
- Un cadre assigné par le droit;
- Une mission formulée par l'association ou l'institution;
- Une technique provenant des connaissances et de l'expérience.

Le *droit* constitue la base minimale du consensus social, mais ne suffit pas à guider l'action<sup>60</sup>. Appliquer la loi et rien que la loi peut donner l'illusion de la sécurité et de la protection; en réalité, « le seul appel à la loi signe toujours une impasse de la communication<sup>61</sup> » du moment où elle traduit le problème en conflits de valeurs incommensurables et il fait abstraction des autres éléments de définition de l'action.

D'autre part, la pratique du travail social ne saurait se réduire à l'application d'une *technicité* étayée par une déontologie : « une technique sans art est une technique sans âme; (...) les raisons axiologiques ne sauraient pas se confondre avec les raisons instrumentales, même si les deux types de raison sont associés dans la vie sociale (...)»<sup>62</sup>.

Concernant la *déontologie*, « si elle est comprise comme la mise en forme de normes universelles (ou acceptées comme telles dans un contexte et une époque donnée) et si la formalisation n'est pas conçue comme un formalisme étioquant les contenus et stérilisant les dynamiques de délibération engagées, alors il est nécessaire d'instituer une véritable codification de cette déontologie en établissement (...)»<sup>63</sup>.

Dans les propos de Bouquet, « comme pour chacun de ces aspects, l'éthique doit rester à sa juste place et ne pas cacher les défaillances que l'on aurait vis-à-vis des autres.»<sup>64</sup>

### c) La portée éthique du travail social et médico-social : un questionnement du sens

Si le champ de l'éthique dans le travail social et médico-social est déterminé par l'émergence d'un conflit de valeurs dans le cadre d'une situation singulière, on ne saurait pas faire abstraction d'autres éléments caractérisant le travail social et ayant une incidence importante sur la portée de l'éthique.

D'une part, le rapport du CSTS de 1996 rappelle que, « comme chaque époque apporte son lot de problèmes sociaux en termes nouveaux ainsi que l'émergence de courants de pensée sociale, afin d'être efficace, le travail social doit sans cesse revoir ses fondements éthiques et théoriques et les enrichir (...)»<sup>65</sup>.

D'autre part, il insiste aussi sur la nature non libérale du travail social qui contribue à déterminer le statut du travailleur social : « Chaque travailleur social met en œuvre, par délégation, une mission confiée par la collectivité à une institution.»<sup>66</sup>

Il en dérive par conséquent que le professionnel ne devrait jamais se trouver dans une solitude absolue dans la démarche de réponse à un besoin socialement reconnu. Son travail ne devrait pas seulement faire l'objet d'une réflexion solitaire. En effet, la notion de collectif, d'équipe, reste aussi l'un des facteurs essentiels du travail social, avec tous les imperfections et les risques que cela comprend, mais aussi avec tous les apports habituels et ordinaires que cela suppose, que l'équipe soit pluridisciplinaire ou pluri-professionnelle. « Puisque le travail social se situe à l'articulation entre sujet et société, une réflexion éthique collective est de nature à permettre aux travailleurs sociaux d'agir sur les structures en évitant de s'épuiser.»<sup>67</sup>

Les repères fournis par Elisabetta Neve prennent en compte l'ensemble de ces éléments<sup>68</sup>. La crise des fondements et des repères ne doit pas être confondue avec la nécessité de se réfugier dans un univers de certitudes et de règles qui guident nos actions. L'éthique ne saurait pas s'imposer en tant que Règle absolue, immuable, de laquelle dériver un ensemble des normes de comportement auxquelles se conformer.

Il faudrait plutôt penser l'éthique comme une recherche sans fin, un questionnement permanent du sens qui ne peut pas être mené en solitaire car il va au-delà du *hic* et *nunc* dans lequel reste limité chacun d'entre nous.

La dimension téléologique de la *praxis* met en question la façon dont les valeurs sont actualisées ou réactualisées dans les situations rencontrées. « L'éthique est tout autant ce que l'on fait que savoir pourquoi on le fait et qu'être capable de remettre en cause ce que l'on fait.

59 *Ibidem*, p. 67

60 Propos recueillis au cours de l'interview réalisée avec Jean-Marie Gomas dans le cadre des travaux préparatoires de la recommandation.

61 Léry L., Léry N., Comment décider dans le soin ?, in « Ethique, décision et personnes vulnérables », *Reliance*, 2006/2, n. 20, p. 43-48.

62 Bouquet B., *Ethique et travail social*, Paris : Dunod, 2004, p. 67.

63 Laborel B., Vercauteren R., *Construire une éthique en établissement pour personnes âgées*, Ramonville Saint-Agne : Eres, 2004, p. 105-108.

64 Bouquet B., *Ethique et travail social*, Paris : Dunod, 2004, p. 67.

65 CSTS, *L'intervention sociale d'aide à la personne*, Rennes : Edition ENSP, 1996, p. 32.

66 CSTS, *Ethique des pratiques sociales et déontologie des travailleurs sociaux*. Rennes : Edition ENSP, 2001, p. 96.

67 Bouquet B., *Ethique et travail social*, Paris : Dunod, 2004, p. 180.

68 Neve E., Servizio sociale e questioni etiche, *Rivista di servizio sociale*, 1998, n. 2, p. 3-27.

Si le recours à l'éthique n'apporte pas une réponse-recette aux problèmes de l'humain, il permet en revanche de lire autrement les questions posées.<sup>69</sup> »

L'éthique professionnelle, dans les propos de Bouquet, est donc « une éthique de questionnement permanent, pour soi et en confrontation avec d'autres professionnels, afin de produire de la restructuration, de l'identité, de la citoyenneté des personnes dont on s'occupe et plus généralement du lien social.<sup>70</sup> »

Cette demande de repères provenant du secteur social et médico-social appelle en réponse un processus qui, loin de fournir d'autres références normatives et sécuritaires, propose plutôt une réflexion éthique comme réouverture du champ du doute et de l'incertain.

C'est dans cet espace que peut se déployer l'ambivalence du sujet qui constitue le préalable à l'exercice de la responsabilité et au choix moral<sup>71</sup>.

#### d) Risques et dérives

Pour conclure, il nous semble important d'explorer les enjeux d'une réponse éthique à la demande de repères et les risques de dérive d'un tel recours.

« La récurrence du constat du besoin éthique, la nécessité de réaffirmer régulièrement la pertinence de celle-ci et de réitérer son importance, son caractère incontournable, indique que la question de l'éthique ne va pas de soi<sup>72</sup> » .

L'éthique étant par définition la question non formulée<sup>73</sup>, nommer l'éthique, appeler à son secours signifie recourir à un artifice qui permette de réinstaurer l'espace du doute et du questionnement au moment où l'on constate une déshumanisation ou technicisation de l'action.

Dans une époque où l'éthique semble un phénomène à la mode, un mot passe-partout et presque omniprésent, il relève de la prudence de se demander si ce recours à l'éthique constitue effectivement un artifice qui a pour finalité le questionnement du sens de l'action sociale ou s'il ne s'agit plutôt d'une forme d'instrumentalisation qui satisfait des fins d'ordre différent.

Nous rappellerons ici certains risques d'instrumentalisation du recours à l'éthique :

- L'éthique comme *enjeu d'affichage* et de communication.

Le risque de voir les espaces de réflexion éthique réduits à des formes « somptueuses » mais vides de contenu est exprimée par les propos du Professeur Didier Sicard : « (...) le risque est de se retrouver face à des comités diversifiés de communication éthique et non pas des comités d'éthique. On est alors en présence d'un phénomène d' « airbag éthique » : ne venez pas m'embêter, j'ai une réflexion éthique qu'on affiche. Et plus on l'affiche, moins elle existe. Plus on en parle, moins on en fait.<sup>74</sup> »

- L'éthique comme *forme de prévention des conflits* qui peuvent porter atteinte à l'institution.

La façon dont le questionnement éthique est identifié et posé, suite à une présentation de cas, peut être révélatrice d'une forme d'instrumentalisation de la démarche éthique dans un but de prévention du conflit. Des exemples montrent en fait comme une question prétendue éthique soit en réalité formulée de façon à cautionner une décision déjà prise, plutôt qu'à interroger réellement la pratique<sup>75</sup>. Toutes les questions ne relèvent pas nécessairement de l'éthique et certaines peuvent faire passer à l'arrière-plan les vraies interrogations.

- L'éthique comme palliatif pour masquer des dysfonctionnements majeurs d'autre niveau (managériaux, organisationnels, de formation, de mise à disposition des moyens...).

Il s'agit là de masquer sous une nouvelle forme plus attractive des déficits structurels qui ne relèvent pas d'un recours à l'éthique et qui peuvent se manifester, par exemple, dans le manque de formation ou de qualification adéquate des intervenants ainsi que dans l'absence d'une dynamique de travail d'équipe. Ces éléments ne relèvent pas du questionnement éthique d'une structure, mais bien en constituent des pré-requis pour la mise en œuvre d'une démarche éthique.

69 Bouquet B., *Ethique et travail social*, Paris : Dunod, 2004, p. 68.

70 Bouquet B., Responsabilité éthique et travail social, in « Quelle responsabilité ? : du principe à l'action », *Vie sociale*, mai-juin 2001, n. 3, p. 13.

71 Bauman Z., *Individuellement insieme*, Reggio Emilia : Edizioni Diabasis, 2008.

72 Bouquet B., *Ethique et travail social*, Paris : Dunod, 2004, p. 6.

73 Bauman Z., *Individuellement insieme*, Reggio Emilia : Edizioni Diabasis, 2008.

74 Extrait de l'interview réalisée avec Didier Sicard dans le cadre des travaux préparatoires de la recommandation.

75 A ce propos, voir Quinche F. Respect du droit et de l'autonomie ou bienfaisance ?, *Ethique et santé*, 2005, n. 2, p. 41-45.

## Partie II

Dans la première partie de ce travail nous avons essayé d'expliquer l'origine complexe d'une demande de repères qui orientent l'intervention et le positionnement au quotidien des professionnels du secteur social et médico-social. Comme on l'a évoqué, la réponse à cette question s'est traduite en un appel à l'éthique, sous différentes formes, à partir des années 1990.

Les travaux de réflexion sur les questions éthiques commandées par les pouvoirs publics n'ayant pas eu de diffusion réelle auprès des différents acteurs concernés par ce débat, chaque organisme du secteur (professions, associations, institutions sociales ou services), tant au niveau local que fédéral, a été amené à construire ses propres références éthiques.

Une multiplication de formalisations écrites, s'appuyant sur des supports différents (chartes, codes, référentiels...), a été progressivement accompagnée par la création d'instances réflexives. L'une des raisons de ce foisonnement étant, selon l'opinion du CSTS, « la conjugaison entre besoin de repères et méfiance déguisée vis-à-vis des appareils et des risques de dérives technocratiques ou corporatistes.<sup>76</sup> »

Cette deuxième partie du travail entend explorer cette variété de réponses éthiques, non pas par le biais d'une présentation historique et diachronique ou géographique et synchronique des différentes expériences répertoriées, mais bien par une analyse des dichotomies qui émergent de la mise en œuvre concrète de ces démarches.

Comme annoncé dans l'introduction, ces dichotomies représentent autant de « controverses » qui peuvent surgir dans la construction d'une démarche éthique et concernent : sa *forme*, et par là la vocation même attribuée à l'expérience, la *méthode* de sa mise en œuvre (les lieux, les temps, les animateurs, les précautions méthodologiques...) ainsi que l'implication des *destinataires* concernés et ses effets sur le processus activé.

Par ailleurs, nous tenons à préciser que les expériences analysées dans notre *corpus* documentaire n'ont pas vocation à constituer un état des lieux exhaustif de l'existant ; elles représentent en effet un panel illustratif de la variété des démarches entreprises sur le terrain et des éléments contradictoires que l'on peut en tirer pour notre débat.

### 1. La forme d'une démarche éthique (entre processus et formalisation)

#### a) Répondre au besoin de sécurisation par la formalisation des valeurs

Dans le rapport de la mission *Déontologie et travail social*, confiée en novembre 1992 par le ministre Jean-Louis Bianco à Jean-Pierre Rosenzveig<sup>77</sup>, il apparaît que l'un des éléments caractérisant le malaise des travailleurs sociaux se situe au niveau de leur sentiment d'insécurité.

Un ensemble de réponses élaborées à partir de ce constat envisagent d'apporter un soutien aux agents sociaux par la définition de références qui constitueraient un *cadre de sécurisation* pour l'intervention.

Il s'agit donc de formaliser, par des textes écrits, soit un *corpus* de valeurs par lesquelles définir le sens de l'intervention sociale, soit un *code* de comportements qui a pour vocation d'orienter les pratiques et le positionnement des professionnels.

En ce qui concerne les textes fondateurs de valeurs, l'étude menée par le CSTS montre une récurrence importante de trois types de valeurs principales<sup>78</sup> :

- les *valeurs humanistes*, qui se subdivisent en qualités attendues du professionnel (loyauté, tolérance, compétence, engagement, confidentialité, disponibilité...) et humanisme envers l'usager (respect, écoute, autonomie, liberté, dignité...);

- les *valeurs fondées sur le droit* : discrétion, confidentialité, droits individuels et collectifs, droits des usagers, responsabilité...;
- les *valeurs démocratiques* : valeurs républicaines, maintien de la paix et de l'ordre public, protection des personnes et de biens, défense des institutions...

Par l'exploration de nos sources documentaires, nous avons pu repérer différents types de formalisations à plusieurs niveaux de l'organisation de l'action sociale. On retrouve donc :

- des codes professionnels, tel le code déontologique de l'Association Nationale des Assistants de Service social (ANAS),
- des chartes associatives ou inter-associatives, telle la *Charte Ethique et Maraude* pour le secteur de l'exclusion,
- des repères référés à une mission, comme c'est le cas des *Références déontologiques pour les pratiques de l'action sociale*, texte initié par l'ANCE<sup>79</sup>,
- des déclarations ou manifestes internationaux, tel la *Déclaration des principes éthiques* de la Fédération Internationale des Travailleurs Sociaux.

Des expériences de ce même genre sont aussi conduites au niveau local et se traduisent par la formalisation de chartes propres à un établissement ou un service.

De l'analyse de cet univers protéiforme, il nous semble important de mettre en valeur deux intentions principales, qui ont orienté, dans la majorité des cas, le processus de recherche et formalisation de codes ou valeurs de référence en un texte :

- d'une part, si on fait abstraction du cas spécifique du code déontologique référé à une profession, il s'agit prioritairement d'établir de *repères non corporatistes* : la priorité étant donnée à la mission par rapport au métier ;
- d'autre part, il s'agit de fournir des *repères non normatifs* : la priorité étant donnée ici au caractère évolutif du travail social et médico-social ainsi que du contexte sociétal.

76 CSTS. *Ethique des pratiques sociales et déontologie des travailleurs sociaux*. Rennes : Edition ENSP, 2001, p. 63.

77 M. Jean-Pierre Rosenzveig, juge pour enfants, est actuellement Président du Tribunal de Grande Instance de Bobigny.

78 CSTS. *Ethique des pratiques sociales et déontologie des travailleurs sociaux*. Rennes : Edition ENSP, 2001, p. 75-76.

79 Association Nationale des Communautés Educatives.

En illustration du premier critère, l'initiative menée par l'ANCE, sous l'égide de son président, Jean-Pierre Rosenzveig, nous paraît significative. Cette association, au nom des orientations élaborées par la mission de 1992<sup>80</sup>, s'engage dans un processus codificateur selon une approche inter – ou supra – professionnelle. Avec l'appui de quelques associations du secteur, lors du congrès de Carcassonne de 1996, un texte est élaboré qui prend le titre de *Références déontologiques pour l'action sociale*.

Ce texte s'adresse à l'ensemble des acteurs qui interviennent dans des missions d'action sociale, fidèle en cela à l'idée de référer la déontologie à la mission et non à la profession, et dans le but de limiter les réflexes corporatistes.

Dans une interview, Jean-Pierre Rosenzveig affirme que cette formalisation de règles devrait se faire, par la participation des professionnels eux-mêmes, « à partir d'un socle des valeurs communes, autour du respect de l'utilisateur, la valorisation dans les formations initiales et continues des contenus juridiques et éthiques, l'amélioration des conditions d'exercice du travail social qui permettent aux professionnels d'agir avec discernement, tout en bénéficiant du soutien technique dont ils ont besoin (...), la clarification des responsabilités respectives de l'ensemble des acteurs<sup>81</sup> ».

Cette idée d'une communauté, du moins partielle, d'enjeux et de problèmes éthiques est aussi mise en valeur par la *Déclaration des principes éthiques* établie en octobre 2004 par l'IFSW<sup>82</sup>.

Il s'agit là de réunir les travailleurs sociaux au-delà des frontières nationales dans une déclaration de principes généraux qui vise à valoriser les bases communes de la mission du travail social. Ce document se propose en fait de fédérer les professionnels du social autour de la réflexion sur les défis et les dilemmes auxquels ils font face ainsi que sur les processus décisionnels qui soutiennent leur action dans chaque cas particulier.

Un exemple ultérieur de la priorité de la mission sur les mandats professionnels est offert, sous une autre forme, par la *Charte Éthique et Maraude*. L'élaboration de repères consacrés aux missions s'est imposée à l'ensemble des associations travaillant dans le domaine de l'exclusion au cours de 2006.

Il s'agit là d'un dispositif inter-associatif qui se réunit autour d'un champ d'intervention bien circonscrit, mais toujours dans la préoccupation d'élaborer des orientations transversales pour les différents agents sociaux qui sont impliqués auprès des personnes particulièrement vulnérables. La commission *Charte Éthique et Maraude* affirme ainsi l'importance d'établir des « repères forts » et des « valeurs communes, (...) auxquelles se référer afin de préserver une capacité de vigilance, de conforter la rigueur de l'action et de prévenir tout risque faute d'une pleine conscience des enjeux<sup>83</sup> ».

Concernant le deuxième critère, à savoir la non normativité des repères, il nous semble important de citer du moins deux exemples significatifs, qui illustrent autant de stratégies pour sortir du risque d'enfermer les pratiques dans des nouvelles normes.

Le premier exemple nous est fourni par le *code de déontologie* des assistants de service social qui, élaboré pour la première fois en 1949, a été réactualisé à plusieurs reprises en 1981 et 1994. Dans un article paru quelques années plus tard<sup>84</sup>, Christine Garcette, à l'époque présidente de l'ANAS, expose l'objectif de ce code du point de vue de cette association : « l'objectif est d'expliciter les valeurs qui sous-tendent l'intervention des assistantes de service social de façon à ce que (...) on puisse assurer à l'utilisateur la garantie de valeurs communes à l'ensemble des professionnelles du service social (...). L'ensemble de ces règles déontologiques (...) sert avant tout à garantir cette relation de confiance. La façon d'y parvenir évolue avec la complexité croissante des situations sociales (...) ce qui implique de devoir *réactualiser régulièrement* la formalisation du code.

« Son intérêt (du code) est là, (...) de servir de référence, de point de repère (...) pour des professionnels confrontés au quotidien à des situations difficiles, qui les font parfois hésiter entre leur éthique de conviction et leur éthique de responsabilité.

Le risque de ce code, par ailleurs, est d'être considéré par certains comme un manuel, comme un catalogue de recettes, *ce qu'il n'est pas (...)*<sup>85</sup> ».

Si la priorité du caractère évolutif est ici visée par le biais de la réactualisation du code, dans le cas des *Références déontologiques pour l'action sociale*, cette stratégie, également assurée par le Comité National des Références Déontologiques (CNRD), s'accompagne de la mise en place d'un outil supplémentaire : le Comité National des Avis Déontologiques (CNAD).

D'une part, le CNRD, qui a pour tâche la réactualisation des principes déontologiques, travaille à la recherche des facteurs communs à partir des exemples concrets qui alimentent sa réflexion. L'énoncé de ces principes doit donc répondre à un double critère<sup>86</sup> :

- être suffisamment général pour être déclinable et applicable dans le plus grand nombre possible de situations particulières, sans devenir potentiellement un fourre-tout vidé de son essence ;
- être suffisamment précis sans que le cadre posé devienne rigide ou enfermant ; le but des références est en effet de venir étayer la réflexion de leur utilisateur, non de la stériliser.

Le CNAD, de son côté, est une instance qui peut être sollicitée par les travailleurs sociaux sur des cas concrets, toujours singuliers. Ce comité, « par l'utilisation singulière qu'il fait des principes généraux met ainsi sans cesse le texte des références déontologiques à l'épreuve des réalités complexes auxquelles sont confrontés au quotidien les acteurs sociaux<sup>87</sup> ».

L'action du CNAD interpellant et questionnant les principes élaborés et réévalués par le CNRD limiterait donc une dérive des références déontologiques vers des normes figées et statiques.

80 Dans le rapport intitulé *La déontologie au carrefour des libertés des usagers et des professionnels du travail social*, l'une des trois orientations principales envisagées encourage à « favoriser une approche d'une déontologie générale à partir des missions plutôt qu'élaborer des codes de déontologie propres à chaque profession ». Cf. CSTS. *Éthique des pratiques sociales et déontologie des travailleurs sociaux*. Rennes : Édition ENSP, 2001, p. 39.

81 Bertin B. Les devoirs des travailleurs sociaux et plus particulièrement ceux des AS. *Lien social*, 1994, n.2.

82 *International Federation of Social Workers*.

83 *Charte Éthique et Maraude*, p. 2.

84 *Revue française de service social*, 199, n. 184.

85 Nous soulignons.

86 Gresset Veys A. Entre élaboration et utilisation des références ou des avis. In *Repères déontologiques pour les acteurs sociaux. Le livre des avis du Comité national des avis déontologiques*. Ramonville Saint-Agne : Erès. 2008, p. 157-162.

87 *Ibidem*, p. 158.

## b) Donner la priorité au processus de questionnement

L'appel à l'éthique par une réponse codifiée et formalisée dans un corpus interprofessionnel de références communes à une mission ne fait pas l'unanimité dans le paysage du travail social. Malgré les précautions prises à l'égard des possibles dérives corporatistes et normatives, des nombreuses voix s'élèvent pour questionner ce courant « codificateur<sup>88</sup> ».

Les interrogations ne se posent pas seulement au niveau de la pertinence d'un référentiel rigide, qui risquerait d'enfermer les pratiques<sup>89</sup>. Des questions pratiques sont aussi soulevées concernant les auteurs légitimes d'un texte unique fédérant l'ensemble des acteurs sociaux, ainsi que la réelle capacité de ce texte de réunir des multiples secteurs et des fonctions différenciées.

Le rapport du CSTS (2001) relève qu'une position opposée au courant codificateur est exprimée via le CNAEMO<sup>90</sup> et revendique la dimension « institutionnelle » des pratiques professionnelles.

Ce courant, émanant du secteur associatif, insiste sur la fonction de *tiers* que doit remplir l'institution par rapport au professionnel tant vis-à-vis de l'utilisateur que de la puissance publique. C'est l'institution qui reçoit la mission et qui en délègue tout ou partie à un professionnel ; ce dernier exerce son action dans un cadre institué et de façon relativement autonome seulement.

Dans cette perspective, le risque représenté par la réduction des questions éthiques à une démarche de codification pourrait être dépassé par l'aménagement d'espaces de débat permanent au sein même des institutions sociales et médico-sociales. Ces espaces seraient consacrés au questionnement des pratiques professionnelles et à leur amélioration, avec une perspective d'ouverture progressive à l'implication des usagers<sup>91</sup>.

Ainsi dans les propos d'un représentant du CNAEMO, « si le texte [de l'ANCE] vise

uniquement à engager un débat public autour de l'éthique, nous sommes d'accord, même si l'on peut déplorer qu'il ne soit pas ouvert aux usagers. Par contre, s'il s'agit d'instaurer un code de déontologie en travail social, nous sommes tout à fait opposés. Ce serait une mauvaise réponse à une vraie question, car cela consisterait pour les professionnels à ouvrir le parapluie. (...) Aussi, le CNAEMO propose-t-il plutôt que des règles déontologiques, que soient mis en place au sein des institutions des « protocoles d'interrogation des pratiques », dispositifs qui permettraient de comprendre, d'évaluer selon des critères élaborés collectivement, les enjeux des différentes mesures et élucider leur sens<sup>92</sup> ».

Ces mêmes préoccupations sont également exprimées dans le cas d'une élaboration locale et interne aux établissements et services de chartes ou de référentiels de valeurs.

Quand cette élaboration répond prioritairement à un enjeu d'affichage, où l'on se limite à citer les grandes valeurs, le risque surgit de faire apparaître ces référentiels ou ces chartes comme une émanation de la hiérarchie ou de la direction et, par extension, comme une obligation (un impératif plus catégorique qu'hypothétique, une obligation morale plus qu'une démarche éthique)<sup>93</sup>.

En faisant valoir que « nous sommes tous d'accord » sur la valeur de ces repères, sur le respect de la dignité ou des droits des usagers, par exemple, ces références risquent de faire rarement l'objet de débats avec l'ensemble des professionnels et d'être davantage posées et vécues comme des évidences.

Ces textes ne restent que des formes vides de contenu (« un chapelet pompeux d'affirmation lénifiantes<sup>94</sup> »), s'ils ne font pas l'objet d'une réflexion collective au sein de la structure.

Ce n'est donc pas l'énonciation d'un catalogue de principes qui est considérée comme nécessaire, mais davantage la recherche d'une démarche d'appropriation et de questionnement de ces mêmes principes<sup>95</sup>.

## c) Sortir d'une dialectique binaire : une explicitation de valeurs qui oriente le processus de questionnement

Une contribution qu'il nous semble important de valoriser permet de sortir de cette confrontation binaire entre priorité du processus de questionnement institutionnalisé et priorité de la formalisation des valeurs. En effet, par l'adoption de cette approche, ces deux termes résulteraient davantage complémentaires que contradictoires.

La réflexion de Laborel et Vercauteren<sup>96</sup>, tout en se référant à des structures d'accueil pour personnes âgées, peut être sans doute étendue à l'ensemble du secteur social et médico-social.

D'après cette analyse, l'élaboration d'un code interprofessionnel centré sur la prise en charge d'un usager est en principe considérée comme une démarche légitime. C'est dans la confrontation à la diversité des situations locales, à l'histoire propre de chaque structure, qu'une telle démarche risque de ne pas être tout à fait pertinente et adaptée.

Pour prendre en compte ces spécificités, qui constituent l'histoire même ainsi que la mémoire de chaque structure singulière, l'option d'une charte éthique dans chaque établissement ou service est assumée comme davantage envisageable. Mais c'est dans la prise en compte de l'enjeu que représente cette charte que se joue l'articulation entre le processus et la formalisation.

Dans cette perspective, il est important d'explorer le rapport entre la charte éthique et les différents contrats liant l'ensemble des participants à la communauté de l'établissement ou du service (le personnel avec son employeur, le résident ou l'utilisateur avec son fournisseur de service...). Employeur ou prestataire de service représentent la même entité où la dénomination d'établissement ou service joue le rôle d'interface.

88 CSTS. *Ethique des pratiques sociales et déontologie des travailleurs sociaux*. Rennes : Edition ENSP, 2001, p. 47.

89 Pinaud F. Garde-fou. Faut-il un conseil d'éthique pour le travail social ? *ASH*, 2000, n. 2188, p. 6-9.

90 Carrefour National d'Action Educatif en Milieu Ouvert.

91 CSTS. *Ethique des pratiques sociales et déontologie des travailleurs sociaux*. Rennes : Edition ENSP, 2001, p. 47.

92 Interview du CNAEMO, in Des références à décoder, *ASH*, juin 1996, n. 1978, p.21.

93 CSTS. *Ethique des pratiques sociales et déontologie des travailleurs sociaux*. Rennes : Edition ENSP, 2001, p. 105-112.

94 Laborel B., Vercauteren R., *Construire une éthique en établissement pour personnes âgées*, Ramonville Saint-Agne : Eres, 2004, p. 105-108.

95 Amyot J.-J., Villez A., *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques*, Paris : Dunod, 2001, p. 191-193.

96 Laborel B., Vercauteren R., *Construire une éthique en établissement pour personnes âgées*, Ramonville Saint-Agne : Eres, 2004

Là où les personnels ou les usagers passent, l'interface (l'établissement ou service) demeure. Dans un tel contexte, l'éthique se construit sur un socle éphémère et impose à l'établissement ou service de jouer son rôle d'interface en tant que lieu d'élaboration et de transmission de ses valeurs et sa démarche éthique<sup>97</sup>.

Pour qu'une formalisation de références ne se réduise pas à une déclaration de formules standards, il est posé comme nécessaire, d'une part, que cette *explicitation* s'appuie sur un large et profond débat en interne. C'est dans ce cadre que l'on expliciterait le contenu de la démarche éthique, les valeurs et les principes reconnus comme ses axes essentiels, la modalité d'articuler la réflexion collective ainsi que les modalités d'un agir cohérent.

« Une telle charte éthique devrait émaner d'une très large consultation interne afin que le consensus recueilli facilite la réappropriation par chacun de son contenu.<sup>98</sup> »

D'autre part, assurer son rôle d'interface signifie pour l'établissement ou service de garantir une *pérennisation* du débat et une communication/transmission de ses valeurs auprès de différents acteurs sociaux qui y sont reliés : l'ensemble de professionnels et les usagers.

Il s'agit donc d'assurer pour les premiers une discussion autour de ces valeurs, particulièrement à l'occasion de nouvelles embauches, mais aussi une organisation de dispositifs de réflexion collective inscrits dans la durée<sup>99</sup>.

Par ailleurs, cette explicitation de valeurs est un outil d'engagement auprès des usagers et de leurs proches. Il s'agit donc d'assurer, par la charte éthique, un cadre de sécurisation et de limitation des pratiques de la structure : un cadre de justesse et de transparence, non pas posé comme résultat, mais comme base à une phase de négociation avec les usagers des attentes et possibilités réelles d'intervention, dans la prise en compte de leur singularité<sup>100</sup>.

Cette coordination entre explicitation des références et processus permanent de questionnement répond donc à une double logique d'obligation et de garantie :

- D'une part, passer par l'exposition et l'explicitation collective de certains aspects du travail prédéfinis induit l'*obligation* pour les professionnels de « rendre compte ».

Elle implique d'accepter d'être interpellé par ses pairs et par les publics (*logique de garantie*).

C'est la garantie pour le public d'avoir à faire à un travailleur social amené à expliciter ses prises de position, à rendre comptes de ses actions.

- D'autre part, cette obligation des professionnels entraîne en contrepartie la *garantie* de pouvoir interpellier l'institution et en obtenir des réponses utiles à l'engagement de l'action. Ceci dans des circonstances parfois particulièrement difficiles de prise de risque dans les interventions et en fonction d'une réélaboration collective.

La liberté de parole dans un espace de débat amène à l'autonomie relative de l'action, tout aussi large dans la pratique instituée<sup>101</sup>.

Un exemple de mise en œuvre d'une telle démarche est fourni par le projet « Ethique et mémoire » du Centre pour polyhandicapés Arthur-Lavy, à Thorens-Glières (Haute-Savoie).

Ce projet, qui fait partie d'une démarche plus globale d'amélioration de la qualité, a débuté en 2004 et a été finalisé en 2006. Il s'articule autour de trois phases principales qui nous donnent la mesure de la complexité assumée par cette démarche.

Dans un premier temps, un groupe de travail limité au personnel de direction s'est plongé sur l'identification d'un *corpus de vertus*, concept plus proche de la notion de principe d'action et qui permet d'articuler morale et éthique.

Repérer ces vertus cardinales signifiait pour le centre répondre à deux objectifs majeurs :

- un *objectif d'intégration*, qui correspond à la nécessité d'articuler de façon cohérente la définition de ce qui est juste dans le contexte de l'organisation à la théorie de la justice sociale.
- un *objectif de référence normative*, qui correspond à la nécessité de produire un idéal-type de la relation de soin juste, à l'aune duquel les actions concrètes puissent être évaluées<sup>102</sup>.

Un travail de réflexion collective a ensuite permis de partager ces principes avec l'ensemble du personnel et de s'interroger sur le sens des pratiques et sur les tensions émergeant de la gestion des tâches opérationnelles.

Une deuxième phase du projet a donc été consacrée à l'opérationnalisation de ces principes par une confrontation avec la pratique de terrain. L'idée étant d'« illustrer » les vertus par des situations concrètes, à rechercher dans la *mémoire professionnelle* de l'institution et ayant pu cristalliser certaines questions éthiques. Un répertoire de « *situations problèmes* » a donc été constitué par un travail impliquant tous les secteurs du Centre, avant de soumettre ce *corpus* de cas à une évaluation par enquête auprès de l'ensemble du personnel.

Ce travail d'évaluation était destiné à :

- connaître les attitudes et les représentations de l'éthique ;
- mesurer les tensions entre mémoire, contrainte organisationnelle et éthique ;
- connaître le système de décision des professionnels ;
- évaluer le niveau de criticité des situations ;
- obtenir une photographie suffisamment précise pour mettre en œuvre un plan d'action<sup>103</sup>.

97 *Ibidem*, p. 105-108.

98 *Ibidem*, p. 108.

99 *Ibidem*, p. 105-108.

100 Amyot J.-J., Villez A., *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques*, Paris : Dunod, 2001, p. 92-94.

101 CSTS. *Ethique des pratiques sociales et déontologie des travailleurs sociaux*. Rennes : Edition ENSP, 2001, p. 103-105.

102 Nillès J.-J., Sainson R. *Dilemmes éthiques et bonnes pratiques au Centre Arthur-Lavy*, Article publié dans les actes du GEPSO, 2006, p. 5-6.

103 Nillès J.-J., Sainson R. *Dilemmes éthiques et bonnes pratiques au Centre Arthur-Lavy*, Article publié dans les actes du GEPSO, 2006, p. 14.

Les résultats de cette enquête ont en fait permis d'engager une troisième phase du projet autour de deux pistes de développement de la démarche éthique du Centre :

- l'organisation d'une réflexion collective sur l'ensemble des résultats pour travailler sur la culture du centre lui-même ;
- une formation-action s'appuyant sur une pédagogie innovante fondée sur l'étude de cas Co-construits avec le personnel, plutôt que sur des contenus enseignés de façon académique.

## 2. La méthode de la mise en œuvre (entre autorégulation et hétéro régulation)

Une grande majorité des expériences analysées dans le cadre de notre travail témoignent de l'exigence d'une réflexion éthique qui soit non seulement personnelle, mais bien professionnelle et collective, avec d'autres acteurs sociaux. Penser collectivement l'éthique signifie ouvrir des espaces et des lieux de réflexion sur des décisions difficiles à prendre, des conflits de valeurs, des dilemmes éthiques, qui se posent assez couramment dans la pratique.

Si l'on considère les instances de réflexion éthique qu'on a pu explorer par notre revue de littérature ainsi que par nos rencontres sur le terrain, nous rejoignons l'analyse de Brigitte Bouquet là où elle identifie deux formes principales quant à l'organisation de ces espaces et la mise en œuvre de la démarche éthique : l'« *autorégulation* » et l'« *hétéro régulation*<sup>104</sup> ». « L'autorégulation renvoie à la régulation qu'un groupe se donne » : c'est la recherche du sens même des pratiques par les membres du groupe entre eux. « L'hétéro régulation renvoie à la régulation qui provient non plus du groupe autocentré mais de l'ouverture du groupe professionnel, avec des membres d'autres formations et d'autres statuts, pour débattre en commun (...) sur le sens.<sup>105</sup> »

Sur la base de cette catégorisation purement analytique, nous allons proposer

une réflexion sur des instances d'autorégulation et des instances d'hétéro régulation en explicitant à chaque fois les besoins fondant le recours à ce type de démarche, les difficultés ou les dérives possibles dans sa mise en œuvre ainsi que les conditions matérielles et symboliques pour assurer les bénéfices de la démarche.

Nous tenons à préciser que davantage d'expériences de terrain seront proposées pour la partie consacrée aux instances d'hétérorégulation ; cela est dû principalement au fait que certains témoignages nous proviennent du secteur médical, qui a été prédécesseur du social dans ce type de démarche éthique, mais aussi du fait d'un accès plus facile aux expériences labellisées en tant qu'« éthiques », qui prennent généralement la forme d'instances externes.

Néanmoins, un exemple d'instance d'autorégulation a été proposé en fin du chapitre précédent et d'autres sont également présentées dans l'analyse des résultats de l'enquête qualitative par questionnaires, qui a alimenté les travaux préparatoires de la recommandation.

### a) Des instances d'autorégulation

Dans un rapport qui rend compte d'une expérience nationale de réflexion éthique en gérontologie, pilotée par la Fondation de France<sup>106</sup>, plusieurs groupes de travail au niveau régional soulignent que « la question des pratiques abusives et sécuritaires développées par les aidants ne peut être traitée que dans le cadre d'une réflexion intrinsèque aux institutions et aux équipes qui permette de traiter les différents conflits éthiques que génèrent l'instruction de ces pratiques. »

En supposant que l'éthique des pratiques sociales passe par le développement de la faculté de jugement de chacun, la mise en œuvre d'une démarche dynamique de questionnement individuel et collectif est considérée comme un déploiement nécessaire.

D'où la nécessité, d'après le groupe de travail du CSTS (2001), d'accorder une priorité à l'analyse des pratiques avec les col-

lègues et les cadres de proximité, au sein du cadre institutionnel lui-même, avant d'aller chercher un recours extérieur.

Dans cette analyse, ce sont les espaces internes et ordinaires de régulation de pratiques et de questionnements techniques et éthiques qui assument toute leur importance.

Pour promouvoir une démarche de questionnement permanent au sein des structures sociales et médico-sociales, la réflexion du CSTS insiste sur la mise en place de « *protocoles institutionnels d'analyse des pratiques* ». Leur rôle serait de mettre en jeu la formation et le maintien de « *capacités individuelles et collectives d'analyse et de positionnement éthique des acteurs de l'institution, sans menace ni pour leur emploi, ni pour leurs légitimes aspirations à évoluer professionnellement.*<sup>107</sup> »

En effet, on ne peut faire allusion aux valeurs éthiques de l'association ou de l'organisme que si l'on institue le temps nécessaire à leur confrontation avec les propres références de chacun des membres de l'équipe.

L'enjeu repéré est celui de créer les conditions d'un espace et d'un temps de débat collectif construit, ouvert et non utilitariste ; organisé et préparé par les professionnels et entre des professionnels qui sont pris dans des rapports de travail, de pouvoir et de savoir. Cet espace-temps étant consacré à explorer la conception même de la mission, les finalités de l'action, les valeurs et les normes qui y sont concrètement à l'œuvre ; en un seul concept, rendre visibles les orientations qui sous-tendent les pratiques.

Plusieurs difficultés ont été repérées qui peuvent constituer un obstacle à la pérennisation de ces espaces d'analyse en interne :

- le poids des rapports des forces et de la hiérarchie ;
- la confrontation de différentes logiques qui sont au travail dans les institutions ;
- l'exposition des professionnels au jugement par les pairs ;
- ainsi que la possible dérive d'enfermement dans cet « entre-nous » protecteur, à l'abri des regards extérieurs.

104 Bouquet B., *Ethique et travail social*, Paris : Dunod, 2004, p. 167.

105 *Idem*.

106 Amyot J.-J., Villez A., *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques*, Paris : Dunod, 2001, p. 27-31.

107 CSTS. *Ethique des pratiques sociales et déontologie des travailleurs sociaux*. Rennes : Edition ENSP, 2001, p. 100.

C'est à la lumière de ces éléments que des orientations pour l'encadrement et la gestion de ces espaces peuvent être formulées. Toujours d'après l'analyse du CSTS<sup>108</sup>, il s'agit de mettre en place les conditions matérielles et symboliques qui sont consubstantielles à la pérennité du travail social et garantes des libertés et de l'intérêt des usagers.

Une première ligne d'action concerne **l'aménagement du cadre** de la réflexion et la garantie d'un climat institutionnel favorisant cette démarche. Cela se fait par :

- *L'approche pluridisciplinaire*, qui institue la confrontation de plusieurs systèmes de valeurs et propose des lectures différentes de valeurs communes. Accepter de remettre en cause ses propres références c'est accepter le questionnement, le doute, créer des espaces de pensée. L'apport pluridisciplinaire, en proposant plusieurs approches des conflits éthiques, offre aux travailleurs sociaux la possibilité d'occuper cet espace de pensée.

- La garantie de la *liberté de la parole* pour les intervenants comme pour les usagers.

Il s'agit de faire en sorte que le professionnel ne cherche pas à défendre ses intérêts catégoriels et à assurer sa protection avant tout, mais au contraire qu'il puisse prendre le risque de tenter de savoir vraiment avec les autres ce qu'il en est de sa pratique ou de la situation considérée.

Que les participants acceptent de se fragiliser pour faire évoluer leur pensée n'est possible que s'ils ne se sentent pas en danger. Le directeur ou cadre dirigeant s'en porte garant et met en place le cadre institutionnel de sécurité indispensable.

- La construction d'un *projet pédagogique* avec une visée éthique.

Le projet pédagogique permet de repérer précisément la place de la réflexion éthique dans le dispositif institutionnel. Par la détermination du cadre, la direction donne du sens au contenu des échanges ; elle autorise l'interrogation des valeurs et la recherche de leur signification.

- La *délégation* aux cadres techniques de l'animation pédagogique.

Le cadre dirigeant n'a pas la meilleure place pour conduire la réflexion sur l'éthique des pratiques dans l'institution qu'il dirige. Il n'est donc pas recommandé qu'il détienne à la fois le pouvoir et le savoir, car cette confusion entre conseil et injonction risque d'être inhibitrice de la réflexion.

La capacité de déléguer du cadre dirigeant, c'est avant tout sa capacité à faire confiance, à maîtriser ses propres inquiétudes. Cela fait appel aux qualités personnelles et professionnelles et doit s'appuyer sur :

- Une sélection de tâches à confier à l'intervenant, non directement ou symboliquement liées à une fonction hiérarchique (tel le conseil à l'embauche de travailleurs sociaux ou l'intégration à une équipe de direction) ;
- Une négociation du contenu de cette délégation avec les cadres de direction et les cadres techniques afin de s'assurer qu'ils partagent les valeurs fondatrices et le sens pédagogique de la démarche.

Une deuxième ligne d'action renvoie aux **conditions matérielles** et à l'adaptation des moyens aux objectifs indiqués :

- Des *ressources humaines et financières* adéquates au déploiement de la réflexion.

Plusieurs éléments sont susceptibles de contribuer à mettre en œuvre cette orientation :

- Présentation du contenu du poste de cadre proposé au regard des priorités institutionnelles, où la réflexion éthique est nommée comme référence fondatrice ;
- Recrutement des personnels qualifiés (cadres techniques), qui seront à même de conduire la réflexion éthique ;
- Prévision d'un budget et négociation avec les financeurs pour la création de postes au besoin ;
- Prévision de l'intervention, dans les débats professionnels, d'une pluralité de profils et d'un certain niveau de

qualification (psychologue, psychanalyste, psychiatre, ethno psychologue, sociologue, thérapeute familial...).

## b) Des instances d'hétérorégulation

Les instances d'hétérorégulation peuvent constituer aussi bien des espaces supra-institutionnels que des espaces « tiers » au sein d'une seule institution et sont généralement interpellés « lorsque le niveau interne de concertation ressent le besoin d'une *médiation externe*.<sup>109</sup> »

Plusieurs expériences de ce type ont été bâties dans le secteur social à partir des années 1990 et dans le socle des comités d'éthique clinique ou des espaces éthiques créés auparavant dans le secteur médical. Elles sont le fait d'associations professionnelles, d'associations et institutions sociales ou encore de conseils généraux et fondent leur vocation sur ce besoin de faire advenir l'extériorité au sein de la réflexion interne aux établissements et services.

L'analyse de Bouquet identifie trois principaux mandats qui peuvent être assumés par ce genre d'instances<sup>110</sup> :

- l'émission d'avis généraux sur des sujets qui intéressent l'ensemble de l'institution (*élaboration de repères ou des lignes directrices*) ;
- l'émission d'un avis sur un problème difficile à résoudre au regard d'une décision à prendre dans un cas particulier (*traitement du cas par cas*) ;
- la stimulation de la réflexion éthique dans la ou les institutions où elle œuvre (*action de sensibilisation*).

L'analyse de situations, l'identification de spécificités des questions traitées, le travail de mise en perspective, la clarification des enjeux font la substance des débats qui y sont menés et répondent à cette finalité qui est de « retrouver une disposition à penser autrement.<sup>111</sup> »

En aidant les professionnels à identifier et formuler les problèmes éthiques, les instances d'hétérorégulation « participent à faire advenir la problématique éthique comme nouvelle réalité au sein de l'institution.<sup>112</sup> »

108 Les éléments présentés par la suite sont librement tirés du rapport du CSTS (2001), p. 105-112.

109 Amyot J.-J., Villez A., *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gériatriques*, Paris : Dunod, 2001, p. 193.

110 Bouquet B., *Éthique et travail social*, Paris : Dunod, 2004, p. 176.

111 Dunaigre P., Pour un comité d'éthique, l'avis et son écriture ne peuvent être qu'incitation au débat, *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2007, n. 1, p. 103.

112 Begin Mal L., Fonction éducative des comités d'éthique clinique, in *Enjeux de l'éthique professionnelle*, tome I, Québec : Presse Universitaire du Québec, 1996.

Dans les propos de Didier Sicard, ancien président du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), nous retrouvons cette exigence d'un apport externe à la réflexion des structures :

« Il faut que le questionnement éthique d'une structure quelle qu'elle soit, soit ouvert à d'autres (...) que le personnel de l'établissement. On a son objet d'étude et on finit par perdre le rapport avec ce que la société a à dire. [...] Ce qui manque dans le secteur social et médico-social ce sont des structures qui font confiance à l'intrusion d'autres personnes (...) les problèmes du secret, ça se travaille, rendre abstrait le cas, parler en termes généraux (...) mais qui permettrait que les professionnels de ces centres confrontent ses sentiments avec des gens extérieurs.<sup>113</sup> »

Une réflexion de Michèle Guillaume-Hofnung, présentée lors d'un groupe de travail du Comité International de Bioéthique sur le consentement, permettra d'éclairer encore mieux l'enjeu de l'intervention d'un espace tiers comme un espace de médiation dans le cloisonnement des situations binaires :

« (...) la réponse à la demande de communication éthique n'échappe pas aux tentatives d'évitement du tiers. Beaucoup d'établissements pensent répondre au besoin de médiation en mobilisant leurs psychologues ou leurs cadres (...). Quelle que soit leur qualité, dans un certain nombre de cas, leur insertion dans le système limitera leur capacité d'intervention, car l'extériorité du médiateur peut seule remplacer une situation binaire, par une posture ternaire dynamisante.<sup>114</sup> »

Plusieurs questionnements sur la légitimité, l'autorité et la validité de ces instances animent le débat et représentent autant d'obstacles ou de dérives possibles à une mise en œuvre bénéfique d'une telle démarche éthique. Nous allons explorer de suite les principaux<sup>115</sup> :

- la réduction de l'éthique à une *expertise* et sa *dérive normative*.

Le risque est de voir l'éthique assimilée à une dimension quasi indépendante des autres. Cette fragmentation et cet isolement peuvent faire considérer l'éthique comme une dimension normative nouvelle (en plus que la dimension juridique, administrative ou autre). Or, ce qui la caractérise est un point de vue critique sur les normes de conduite de différente nature.

Le rôle de ces instances se pose alors souvent en tension entre aide, d'une part, et construction d'une normativité pratique, d'autre part, à savoir l'apparition de recettes éthiques, voire de règlements implicites, fondés sur un principe de réalité, de paradigmatisme et d'individualisme<sup>116</sup>.

- le risque de *déresponsabilisation* des professionnels par un collège d'experts. Le problème de la légitimité de ces instances est lié à leur compétence et à leur autorité par rapport au praticien, beaucoup de praticiens craignant une perte d'autonomie et une déresponsabilisation professionnelle<sup>117</sup>.

Ces instances promeuvent des experts et, de ce fait, ferment le cadre de discussion en destituant les travailleurs sociaux de leur statut de participants égaux<sup>118</sup>.

- La crise d'autorité et l'*instrumentalisation* de l'éthique par l'institution. Certains relèvent que l'explication d'un besoin d'éthique à travers ces instances n'est que partiellement convaincante. Il s'agit de résoudre une crise d'autorité et, dans ce cadre, ces instances répondraient plus aux besoins des institutions de gérer leurs tensions internes et avec l'extérieur ainsi que de se protéger des changements et des enjeux légaux<sup>119</sup>.

A la lumière de ces multiples risques de dérive d'une démarche éthique d'hétérorégulation, un certain nombre de précautions méthodologiques sont mises en exergue dans l'analyse de plusieurs auteurs et de plusieurs expériences de terrain.

- La construction d'un *espace tiers* et l'accessibilité des destinataires de la démarche.

Une posture de tiers-médiateur assumée par l'instance est repérée comme l'un des éléments qui peuvent contribuer à limiter le risque d'une déresponsabilisation des équipes professionnelles et assurer une réelle accessibilité d'un tel espace à la variété d'acteurs concernés. Comme il émerge des quelques exemples répertoriés, l'accès des destinataires de la démarche ne se joue pas de la même manière et varie selon l'organisation du fonctionnement du dispositif.

Dans le Centre d'Éthique Clinique (CEC) de l'hôpital Cochin (AP-HP), la singularité de chaque cas éthique traité est prise en compte par une audition orale de toutes les parties impliquées. La position de tiers se joue ici par cette disponibilité à écouter toutes les positions qui sont en jeu et donc par un accueil des affrontements binaires dans un espace de médiation, permettant de dépassionner le débat et de pratiquer une distanciation.

« L'esprit dans lequel elles [ces rencontres] sont conduites est important : l'idée est de faire en sorte que chacun se sente accueilli, à égalité et sans préjugés, quelle que soit l'opinion qu'il exprime.<sup>120</sup> »

C'est également ce qui est mis en valeur concernant l'instance du CNAD : « (...) la plupart [des questions] témoignent de la situation critique de doute dans laquelle un professionnel semble se débattre seul. (...) D'autres questions encore résultent d'une situation conflictuelle entre professionnels, faute d'avoir pu, ou su, dans le cadre institutionnel, mettre le désaccord en travail dans une dynamique constructive. Le conflit bloque l'évolution de la réflexion (...) Sans une confrontation respectueuse de points de vue, sans une écoute attentive des désaccords ou des doutes des uns et des autres, on ne peut parvenir à un vrai positionnement éthique.<sup>121</sup> »

113 Extrait de l'interview réalisée avec Didier Sicard dans le cadre des travaux préparatoires de la recommandation.

114 Guillaume-Hofnung M. Proposition d'intégrer la médiation dans les instruments de communication éthique. In *Réunion du groupe de travail du CIB sur le consentement*, Paris : Unesco, 13 juillet 2006.

115 Les éléments présentés par la suite sont librement tirés de Bouquet (2004), p. 177-180.

116 A ce sujet, voir le rapport Unesco, *Les comités de bioéthique au travail : procédures et politiques*, 2006.

117 Pour approfondissement de cette controverse voir : Unesco (2006), Pellerin (2004), Avis 84 du CCNE sur la formation à l'éthique médicale, Guerrier (2005, 2006), Fournier (2006, 2007).

118 Menneret F. *Éthique de la discussion et éthique du travail social*, DEA : Philosophie : Paris4 : Sorbonne, 2002.

119 Pour approfondissement de cet aspect, voir : Mino J.-C., Weil C. (dir.), *Les comités hospitaliers d'éthique clinique sont-ils des lieux de production de nouvelles normes de pratique ? Etude sur le champ institutionnel hospitalier de l'éthique clinique en Amérique du Nord et en France*, MIRE, Rapport de recherche, juillet 1999 ; CSTS. *Éthique des pratiques sociales et déontologie des travailleurs sociaux*. Rennes : Edition ENSP, 2001, p. 80-89.

120 Fournier V., Gaillé M., Approche par les principes, approche par les cas : sur le terrain, une complémentarité nécessaire et féconde. *Éthique & santé*, 2007, n. 4, p. 126-130.

121 Gresset Veys A. Entre élaboration et utilisation des références ou des avis. In *Repères déontologiques pour les acteurs sociaux. Le livre des avis du Comité national des avis déontologiques*. Ramonville Saint-Agne : Eres. 2008, p. 157-162.

En revanche, il est important de préciser que cette démarche éthique, différemment de celle du CEC, limite l'accès aux professionnels et s'appuie sur une formulation écrite des cas qui veulent être soumis à l'instance. L'espace de discussion et de confrontation ici évoqué ne se joue donc qu'entre les membres du comité et se construit à partir d'un texte où les différentes positions en jeu sont l'expression du point de vue d'un seul des acteurs impliqués.

- La *pluridisciplinarité* de l'apport et l'ouverture du questionnement.

La pluridisciplinarité, quant à elle, se joue dans la nécessité d'une représentation la plus exhaustive possible de la société civile ainsi que des disciplines universitaires, ce qui s'avère très utile à l'exploration des différents enjeux éthiques posés par la question en débat<sup>122</sup>.

La reformulation collégiale se fait au sein de ces instances par une pluralité de discours qui émergent et qui sous-tendent des logiques différentes. La vocation de cette démarche est donc opératoire et vise à « reformuler la question posée en termes éthiques. Quand on est interrogé (...) il s'agit de comprendre quelle est ou quelles sont les questions éthiques et comment on les priorise, comment on les organise, comment on les hiérarchise.<sup>123</sup> »

Dans les propos du président du CNRD, « les professionnels de compétences plurielles qui constituent l'équipe du CNAD invitent les personnes qui souhaitent les interroger à la réflexion distanciée et à une prise de responsabilité pour décider elle-même de la conduite à tenir en meilleure connaissance de cause mais en toute liberté.<sup>124</sup> »

- L'*abstention* de la production d'*avis formels et paradigmatiques*.

Une contribution importante vient encore de la réflexion du CEC de Cochin et, en particulier de sa présidente et fondatrice, Véronique Fournier, qui souligne l'importance de travailler sur la singularité des cas éthiques de façon

orale, en évitant ainsi le risque d'une dérive normative.

A l'issue de chaque délibération de ce comité, un retour est fait aux différents protagonistes concernés sous forme orale. « Il consiste, non pas à donner une réponse à la question posée, mais à rendre compte aussi scrupuleusement que possible de la façon dont le Centre a travaillé : le chemin des questions qu'il s'est posées et qu'il a cherché à instruire pour guider la discussion, la composition du staff ce soir là, la façon dont s'est déroulée la discussion, les principaux thèmes qui ont valu débat éthique, pourquoi, comment ils se sont hiérarchisés, (...) etc.<sup>125</sup> »

Le fait de ne pas produire d'avis formels répond à la volonté de ne pas faire des cas étudiés des exemples paradigmatiques ou des standards décisionnels qui pourraient être considérés comme normatifs pour d'autres situations potentiellement équivalentes. Chaque situation est assumée comme unique et singulière, il en est de même de chaque délibération, même si certains cas peuvent devenir une source de réflexion pour des questionnements collectifs.

Selon les propos de Véronique Fournier, qui ne conçoit pas l'élaboration d'orientations pour l'institution comme l'une des missions du Centre, « si on peut proposer quelque chose, c'est de penser autrement le *corpus* de références éthiques sur lequel fonder un consensus social. (...) Nous, on part toujours de situations concrètes. (...) Ce qu'on fait souvent c'est que, quand on est saisi sur une histoire particulière, on revient souvent à l'équipe [*ayant fait la demande au CEC*] et on refait un staff pédagogique avec l'équipe autour du cas concret, (...) on essaie de tirer quelques guides méthodologiques pour eux en général, et ça leur parle plus parce qu'ils connaissent le cas et qu'ils comprennent mieux le passage entre le pratique et le conceptuel.<sup>126</sup> »

La même recherche de singularité est exprimée par le président du Comité départemental d'éthique des Yvelines. Bien que les réponses adressées par cette instance au demandeur et à chacune des institutions du groupe institutionnel de suivi soient formalisées dans un écrit, le président, Patrice Dunaigre, en souligne un caractère d'incertitude. L'avis du comité est en fait assumé en tant qu'espace tiers « qui se doit de supporter que ses énoncés et les savoirs dont il est porteur portent en eux-mêmes une marge d'indéfinissable. Quelque chose qui, en son écriture, doit rendre compte d'une absence. (...) même si cela n'arrête pas de ne pas s'écrire, ça laisse à penser.<sup>127</sup> » Selon ce psychiatre, cette fonction de l'indéfinissable est le propre de toute transitionnalité et « vient aussi affirmer la dimension provisoire de l'avis, non pas fermeture dogmatique, mais invitation à poursuivre le débat.<sup>128</sup> »

- La définition du *rapport à la hiérarchie et à l'institution*.

L'analyse des différentes expériences d'instances externes, situées à plusieurs niveaux d'intervention, permet de mettre en valeur l'importance du positionnement de ces espaces tiers par rapport aux hiérarchies ou aux institutions impliquées.

Qu'il s'agisse d'une instance à vocation nationale (le CNAD), ou départementale (le Comité départemental d'éthique des Yvelines ou les espaces éthiques départementaux de l'APF) ou bien d'une instance émanant d'un établissement ou service (le Comité d'éthique des services de réadaptation « L'intégrale », au Québec), ce positionnement est évoqué et établi dans le cadre d'une convention ou du règlement de fonctionnement de l'instance et permet ou pas de se munir face au risque d'une instrumentalisation de la démarche éthique à d'autres fins.

122 Fournier V., Gaïlle M., Approche par les principes, approche par les cas : sur le terrain, une complémentarité nécessaire et féconde. *Ethique & santé*, 2007, n. 4, p. 126-130.

123 Extrait tiré de l'interview avec le Dr Véronique Fournier.

124 Gresset Veys A. Entre élaboration et utilisation des références ou des avis. In *Repères déontologiques pour les acteurs sociaux. Le livre des avis du Comité national des avis déontologiques*. Ramonville Saint-Agne : Eres. 2008, p. 157-162.

125 Fournier V., Gaïlle M., Approche par les principes, approche par les cas : sur le terrain, une complémentarité nécessaire et féconde. *Ethique & santé*, 2007, n. 4, p. 126-130.

126 Extrait tiré de l'interview avec le Dr Véronique Fournier.

127 Dunaigre P., Pour un comité d'éthique, l'avis et son écriture ne peuvent être qu'incitation au débat, *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2007, n. 1, p. 104.

128 *Ibidem*, p. 105.

S'agissant de l'expérience canadienne, le comité d'éthique est pensé et structuré de façon très imbriquée par rapport à l'institution et à sa hiérarchie. D'abord, figurent dans sa composition le directeur général, le directeur des services professionnels et de réadaptation, et d'autres cadres ou professionnels internes à la structure. De plus, leur nomination est assurée par un comité de sélection, lui-même formé d'un membre du conseil d'administration, du directeur général et du directeur des services professionnels et de réadaptation.

Dans ce cadre, la présentation d'un cas au comité d'éthique est soumise à un circuit très institutionnalisé : le professionnel est en fait appelé à faire la demande d'un formulaire auprès de son chef de service et à le déposer complétement au directeur des services professionnels et de réadaptation, qui évaluera si le cas fait réellement l'objet d'une préoccupation en matière d'éthique, avant de le transmettre au comité.

Concernant, en revanche, les structures françaises, la *confidentialité* des informations transmises aux comités ainsi que l'*indépendance* du dispositif en constituent des pré-requis de base.

Dans le cas spécifique du Comité départemental d'éthique des Yvelines, par exemple, un groupe de suivi institutionnel, composé des représentants des institutions signataires de la convention, et assurant un rôle de suivi, contrôle et évaluation, ne saurait pas se confondre avec le comité d'éthique lui-même.

Au contraire, dans cette même convention il est établi que le comité proprement dit soit composé de « neuf personnes ressources et experts, nécessairement externes au groupe de suivi institutionnel, sélectionnés par celui-ci sur la base du volontariat, des expériences et des compétences. La sélection des candidatures (internes et externes aux institutions partenaires) nécessite d'un accord à l'unanimité du groupe de suivi institutionnel.<sup>129</sup> »

De plus, la recherche d'indépendance est aussi soulignée par deux alinéas de l'art. 7 autour de la saisine et la recevabilité des questions. Il est établi que le comité d'éthique ne peut pas se substituer à l'encadrement technique et hiérarchique des intervenants sociaux et que pour telle raison les questions qui se rapportent à la vie institutionnelle et aux rapports hiérarchiques ne seront pas recevables.

- Un *animateur* jouant le rôle de *médiateur*. L'animateur de telles instances est repéré comme un facilitateur de parole, « moins psychologue (dont l'intérêt est probant pour les groupes de parole) que philosophe, accoucheur d'idée.<sup>130</sup> »

Une figure de tiers médiateur est identifiée comme envisageable afin d'assurer la gestion de la parole et de la réflexion collégiale.

Cet animateur aurait ainsi un double rôle : d'une part, la facilitation des échanges, la prise en compte des différents arguments et points de vue par une écoute active et sans jugement ; d'autre part, la synthèse des différentes positions exprimées ou des différents apports par une distanciation, une prise de recul, capable de relancer la dynamique de la transformation et de l'ouverture du possible.

### 3. Le processus de délibération éthique et l'implication des destinataires

Dans tout type d'instance éthique, qu'elle soit construite en interne ou qu'elle se présente sous forme d'un comité externe, qu'elle ait pour vocation d'établir des orientations ou des principes généraux ou qu'elle fonde plutôt sa légitimité sur l'analyse de cas singuliers, un processus de délibération éthique y est à l'œuvre. Il s'agit de mettre en place une démarche qui vise à trouver des solutions applicables par chaque acteur social impliqué en même temps, tout en préservant les convictions personnelles et singulières.

Dans l'ouvrage de Laborel et Vercauteren (2004), la décision se situe à la confluence de trois entités « *autonomes et incontournables* » dont le réceptacle est constitué par un « *tiers acteur* ».

Les trois pôles sont représentés par : l'utilisateur, le professionnel dans le groupe et le groupe lui-même (le « groupe » peut renvoyer, selon les circonstances, à l'équipe professionnelle concernée, à l'ensemble des équipes d'un établissement ou service, à l'ensemble des acteurs impliqués dans une certaine situation, à un groupe d'utilisateurs...) ; le réceptacle est l'établissement ou service lui-même « en tant que système régulateur des jeux d'acteurs »<sup>131</sup>.

## 0. LE NIVEAU D'INTERVENTION DE L'USAGER

L'utilisateur constitue le premier des fondements d'une décision éthique. Cette intervention nécessite et sous-entend d'abord une reconnaissance de l'altérité du sujet vulnérable (que l'on se réfère à une famille en difficulté, à une personne sans domicile fixe, à une personne âgée en institution ou bien à une personne handicapée).

Le risque est représenté par la tentation d'étouffer cet Autre que l'on ne peut pas reconnaître comme un *alter ego*, compte rendu de sa déchéance, et donc de le nier dans son identité au nom de la procuration symbolique détenue par le professionnel<sup>132</sup>.

Le niveau d'intervention de cet acteur se fonde, outre sur ce qu'il peut exprimer, sur l'interrogation que l'on a à son sujet sur le plan social, sanitaire, et de préservation de la personne.

## 1. LE PROFESSIONNEL DANS LE GROUPE

Pour répondre à la diversité et à la complexité des situations rencontrées, il est tout d'abord nécessaire que le professionnel se questionne, confronte ses ressentis avec ses actes, exprime une authenticité en soi. « L'authenticité vis-à-vis de soi-même nécessite la connaissance de ses croyances profondes et engagement personnel.<sup>133</sup> »

129 Convention du Comité départementale d'éthique des Yvelines, art. 4, alinéa 20.

130 Laborel B., Vercauteren R., *Construire une éthique en établissement pour personnes âgées*, Ramonville Saint-Agne : Erès, 2004, p. 108-109.

131 Laborel B., Vercauteren R., *Construire une éthique en établissement pour personnes âgées*, Ramonville Saint-Agne : Erès, 2004.

132 Amyot J.-J., Villez A., *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques*, Paris : Dunod, 2001, p. 120-131.

133 Bouquet B., *Éthique et travail social*, Paris : Dunod, 2004, p. 70.

La responsabilité à assumer envers Autrui passe donc par cette reconnaissance et respect de soi-même. D'un premier temps d'information et de réflexion, nourri de la pratique professionnelle et personnelle de chacun et des relations établies avec l'environnement humain et institutionnel, peut se dégager au sein du professionnel une proposition argumentée, une conviction personnelle.

## 2. LE GROUPE ET LA DÉLIBÉRATION

Si l'on admet qu'un seul individu ne peut établir une décision morale valant pour tous, une nécessité s'impose de situer et « polir son propre jugement au contact et par rapport à d'autres contributions extérieures.<sup>134</sup> »

Il s'agit donc de construire un échange aussi large et authentique que respectueux de la conviction propre à chaque être singulier : « nul renonce donc à être soi-même mais porte sa vérité d'aujourd'hui à la réflexion de l'autre.<sup>135</sup> »

Toute délibération se réclamant d'une démarche éthique devrait donc s'articuler autour d'un certain nombre de précautions méthodologiques<sup>136</sup> :

- le problème n'a pas été occulté ou dissimulé et la (les) vraie(s) question(s) éthique(s) a (ont) été formulée(s) ;
- les différents acteurs concernés se sont exprimés et, si possible, même rencontrés ;
- les positions contradictoires ont été clairement identifiées par une écoute active et empathique qui rend compte des opinions de toutes les personnes concernées ;
- tous les paramètres de la situation ont été assumés comme un ensemble unique dont les tenants et les aboutissants sont analysés, les problèmes et les enjeux précisément déterminés ;
- l'ensemble des partenaires est disposé à accepter la décision et ses conséquences.

De ces contributions il émerge comme une évidence l'importance d'associer les usagers et leur environnement proche à la démarche éthique de délibération. Si l'on se réfère aux expériences étudiées dans cette analyse documentaire, l'implication réelle des usagers aux instances éthiques se différencie principalement selon deux modalités :

- une *implication indirecte* des usagers par le point de vue que les professionnels peuvent apporter au nom et grâce à leur relation privilégiée avec eux ;
- une *implication directe* des personnes par la promotion de leur expression dans des lieux expressément consacrés à cela.

Cette distinction analytique reste de même nuancée dans les expériences de terrain où, au sein du même type d'instance éthique, des pratiques différentes sont adoptées vis-à-vis des usagers en fonction de la vocation de la démarche et des destinataires directs qu'elle affiche.

Pour cela, il nous paraît pertinent d'analyser l'implication des usagers au processus de délibération éthique en différenciant trois types de démarches répertoriées : les groupes institutionnels de réflexion, les instances externes d'aide à la décision et les groupes publics de réflexion éthique.

### a) Les groupes institutionnels de réflexion éthique

Ces groupes de réflexion constituent généralement des lieux destinés à une participation prioritaire des équipes professionnelles ; un lieu idéal de discussion où une *théorie procédurale* de la décision éthique est invoquée par plusieurs auteurs<sup>137</sup> comme étant garante, du moins, de la justesse du processus lui-même.

Espaces de questionnement des pratiques internes à l'institution, les groupes institutionnels de réflexion éthique ne s'appuient, dans la majorité des cas, que sur une *implication indirecte* des usagers.

Qu'il s'agisse de définir des orientations générales pour la pratique à partir de cas concrets ou de délibérer pour une aide à la prise de décision éthique, le point de vue de l'usager et de ses proches est souvent amené par la voix et la sensibilité interprétative des professionnels.

Ces lieux de discussion trouvent leur raison d'être à partir d'un double constat :

- les *limites du raisonnement* amenant à la décision : plusieurs études constatent que les professionnels sont incapables de dire comment certains facteurs influencent leur processus de décision et peuvent même se tromper sur la nature de ces facteurs<sup>138</sup> ;
- le risque d'activation d'un *processus d'aliénation de la personne vulnérable* de la part du professionnel : la tendance d'« agir à la place » ou d'offusquer la volonté de la personne vulnérable au profit de celle de ses proches est souvent à l'œuvre dans les contextes d'intervention sociale et médico-sociale<sup>139</sup>.

Certaines contributions philosophiques et sociologiques sont alors invoquées pour leur apport méthodologique à la construction d'un espace de délibération collégiale autour des questions éthiques. Par l'apport de la maïeutique<sup>140</sup> et de l'éthique de la discussion explorée par Habermas (1992) et Appel (1987), certaines orientations sont amenées quant à l'organisation de ce lieu d'échange. Il s'agit en effet de définir le temps et l'espace de la délibération, « un temps d'hésitation, de suspension de l'agir, mais (qui) est absolument nécessaire.<sup>141</sup> »

Un certain nombre de pré requis sont repérés comme essentiels pour établir le cadre de la délibération<sup>142</sup> :

- la *solidité de l'institution* : pour éviter le repli dans des postures irresponsables où les professionnels seraient incapables de réflexion et de prise d'initiative, il s'agit d'« instaurer un règne du politique au sein de l'institution, là où règne le plus souvent l'ordre affectif, pour ne pas dire franchement familial<sup>143</sup> ».

134 Laborel B., Vercauteren R., *Construire une éthique en établissement pour personnes âgées*, Ramonville Saint-Agne : Eres, 2004.

135 *Idem*.

136 Librement inspiré de Paycheng O. in *Soins gérontologiques*, 1998, n.15 et Laborel, Vercauteren, (2004).

137 Svandra, Bouquet, Laborel et Vercauteren.

138 Bouquet B., *Éthique et travail social*, Paris : Dunod, 2004, p. 172-175.

139 Amyot J.-J., Villez A., *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques*, Paris : Dunod, 2001, p. 11-12.

140 Casagrande A. Chartes éthiques, *Paroles-Revue du collège des psychologues*, janvier 2009, n. 3.

141 Svandra P. *Comment développer la démarche éthique en unité de soins*. Issy-Les-Moulineaux : Edition Estem, 2005, p. 161.

142 Les éléments présentés par la suite sont tirés de Casagrande, Bouquet (2004) et Laborel, Vercauteren (2004).

143 Casagrande A. Chartes éthiques, *Paroles-Revue du collège des psychologues*, janvier 2009, n. 3. *Éthiques*.

- l'habilitation de l'expression du négatif : cela consiste à permettre l'expression de l'instable, l'imprévu, l'insoluble, l'extraordinaire ; donner la place à l'énoncé de toutes les résistances, les scepticismes et les faiblesses éthiques de l'institution, tout ce qui provoque les blocages et les indignations quotidiennes ;
- la reconnaissance du collectif : il s'agit de prendre en compte la spécificité du travail en groupe avec ses dynamiques défensives et de replis individuels, en assumant qu'« un groupe de professionnels ne forme pas automatiquement une équipe<sup>144</sup> ».
- la gestion équitable de l'accès et de la parole : mettre en place une telle « situation idéale de parole » suppose que soient garanties « la publicité de l'accès, l'égalité des participations, la sincérité des participants, des prises de position sans contraintes<sup>145</sup> », dans le but d'assurer le plus possible le décloisonnement et la réciprocité des perspectives.

Le processus de délibération peut donc s'établir autour d'une morale procédurale se basant sur deux éléments de base : la reconnaissance réciproque dans une confrontation productive et l'élucidation et puis la transformation des tensions fortes.

Les différents acteurs entrent dans ce processus avec ses propres convictions afin de rechercher une vérité relative et circonstancielle. Cette recherche est éclairée par les points de vue différents et les références morales que chacun a fait siennes.

Chaque acteur s'expose volontairement aux demandes de justification de ses pairs sans devoir renoncer à ses idées : la dignité des intérêts opposés qui soutiennent les différents arguments est reconnue. Chacun peut y apporter la contradiction en questionnant la vérité des autres : il s'agit de s'ouvrir à la différence, de s'exposer aux contradictions et aux tensions qui en dérivent. « En postulant que les termes pourront toujours être réinterrogés, chacun accepte et anticipe un accord exempt de violence.<sup>146</sup> »

Face à l'ensemble des positions ainsi exprimées, une pratique de confrontation s'instaure : « con-fronter » signifie faire front ensemble à la découverte d'une nouvelle solution. Il s'agit de clarifier le problème éthique par la mise en place d'une démarche reconstructive de la situation lisible et visible, par une ouverture du possible qui peut se déployer dans la distanciation assurée par la démarche collégiale.

La visée de l'entente consiste alors en un déploiement de sens « ouvrant ainsi leur pratique à des attitudes plus réflexives et plus décentrées que s'ils avaient tenu leurs positions protégées dans leur for intérieur.<sup>147</sup> »

Cette morale procédurale, ne peut néanmoins assurer de la moralité de la solution identifiée. L'explicitation de ses limites et ses avantages constitue un élément important afin de favoriser les bénéfices de la démarche<sup>148</sup>.

Concernant les limites :

- L'éthique de discussion permet l'expression de tous les arguments, même ceux que l'on estime irrecevables au regard de la morale et des valeurs éthiques ;
- Parfois, faute d'avoir pu dépasser leurs oppositions de conviction, les partenaires se rabattent sur un compromis médiocre ;
- Tous les participants du débat ne sont pas dans la même position égalitaire, du fait de leur statut ou en raison de leur capacité d'expression et d'argumentation rationnelle ;
- L'opinion du plus grand nombre ou le compromis donne une légitimité mais non nécessairement une vérité. La procédure peut apparaître, non comme le garant de la justesse de normes, mais comme la condition présomptive de leur validité possible. Une délibération bien menée ne légitime donc pas encore la décision prise.

En revanche :

- Les valeurs énoncées sont dans une situation *a priori* égalitaire et non pas hiérarchique parce qu'elles rede-

viennent des arguments faillibles. Une fois portées en discussions elles sont arrachées aux certitudes privées pour devenir contestables par principe.

- Le processus intègre les convictions de chacun : elle permet la reconnaissance et la dignité éventuelle des intérêts opposés et contradictoires.

## b) Les instances externes d'aide à la décision

Comme on l'a évoqué dans le chapitre précédent, l'organisation des instances externes d'aide à la décision peut varier en fonction des modalités de saisine établies et des destinataires affichés.

Dans les cas du Comité départemental d'éthique des Yvelines ainsi que du Comité national des avis déontologiques (CNAD), seuls les professionnels peuvent soumettre un cas d'interprétation difficile à l'instance et ce sous forme de courrier ou de courriel. La délibération de ses membres est donc organisée autour d'un texte qui expose la situation du point de vue du professionnel qui la présente.

« Le CNAD travaille anonymement et indirectement à partir des questions telles que les formulent leurs auteurs : les faits décrits ne peuvent être éclairés par des précisions supplémentaires. Dans ces conditions, comment diminuer – annuler est une fiction – les risques d'erreurs dans la compréhension des faits ? En prenant tout le temps nécessaire pour que chacun, dans l'échange avec les autres, acquière l'intime conviction qu'il a compris tout ce qui pouvait être. L'avis se constitue d'abord dans ce cheminement partagé (...)»<sup>149</sup> .

Néanmoins, c'est la primauté du cas singulier et de l'utilisateur concerné qui prévaut dans le discours autour de la construction des avis, bien que cela se fasse toujours par voie indirecte, à travers le regard du professionnel sur la situation : « (...) il nous semble plus que jamais nécessaire de pouvoir interroger (...) une situation, toujours particulière, qui nous oriente vers un « usager ». (...)

144 *Idem*.

145 Habermas J. *De l'éthique de la discussion* Paris : Edition du Cerf, 1992.

146 Bouquet B., *Éthique et travail social*, Paris : Dunod, 2004, p. 169.

147 Ferry J.-M. *L'éthique reconstructive*. Paris : Editions du Cerf, 1996.

148 *Éléments tiré de l'analyse de Bouquet* (2004), p. 175-178.

149 Bonjour P. La déontologie, au carrefour du droit, de l'éthique, de l'applicabilité. In Bonjour P., Corvazier F. (sous la direction de) *Repères déontologiques pour les acteurs sociaux*, Ramonville Saint-Agne : Eres, 2008, p. 23-32.

C'est dans cette ligne que nous nous soucions de faire apparaître la singularité de la personne à laquelle le travailleur social est censé apporter aide, accompagnement, voire protection. Notre exigence nous guide dans la recherche du respect de la liberté de la personne, de sa vérité de sujet, acteur de son histoire.<sup>150</sup> »

En revanche, deux autres expériences provenant du secteur sanitaire nous semblent significatives pour leur recherche d'une *implication* toujours plus *directe* des usagers dans la démarche de délibération.

Dans le cas du Centre d'éthique clinique de l'hôpital de Cochin, c'est par le biais d'une référence à la médiation que s'exprime le souci d'établir une *communication éthique* lors de la construction d'un avis.

Ce rapprochement entre éthique et médiation est préconisé par Michèle Guillaume-Hofnung, l'une des personnalités initiatrices de la médiation en France, très active dans sa définition et sa promotion comme mode alternatif de résolution des conflits, puis, comme outil d'appui et développement de la communication éthique.

Les fondamentaux du processus de médiation constituent des éléments structurant le cadre d'intervention du CEC. D'une part,

- Le processus se fonde sur *l'autonomie* et la *responsabilité des personnes concernées* : celles-ci rentrent en médiation par un choix volontaire et sont amenées à se réapproprier leur conflit et à dégager à elles-mêmes la solution qui leur convient le mieux.

D'autre part,

- Le médiateur sort les partenaires d'un face-à-face réducteur en se posant comme *tiers impartial, indépendant et sans pouvoir de décision* ou de conseil : la posture de tiers se construit pour le médiateur par son extériorité à la situation, qui implique l'absence de tout lien juridique, de subordination ou de représentation avec un des partenaires<sup>151</sup>.

Le Centre d'éthique clinique se positionne lui-même en tant que tiers entre les différents acteurs sociaux concernés

par une situation donnée : la médiation est amenée à structurer le cadre de son intervention en tant qu'outil visant le dépassement des clivages et la construction de quelque chose d'exigent, de l'ordre de la production éthique.

Plusieurs éléments concrets manifestent de cette intention :

- L'instance peut être sollicitée par tous : patients, proches, équipes soignantes.
- Des entretiens approfondis sont menés avec toutes les parties à la décision, de façon à recueillir leur position et ce qui la fonde. La position neutre, de tiers impartial, du Centre consiste à ne pas avoir *d'a priori* et d'accueillir à égalité les positions de chacun.
- Le processus est conçu dans sa vocation à dépassionner les débats, mieux formaliser les enjeux de la situation et permettre une distanciation de ses propres positions. Il s'agit, au-delà des passions contradictoires, de renouer le dialogue, chaque partie ayant mieux compris la position de l'autre et étant devenu disponible à l'entendre<sup>152</sup>.

La médiation définit ainsi un processus qui se veut garant de l'un des enjeux principaux de cette démarche : *l'accessibilité* réelle de l'instance à tout type de demandeur.

Cette accessibilité se joue dans l'ouverture à des formes et des possibilités de communication différentes des individus impliqués, dans l'accompagnement à la compréhension de l'autre par le détachement de ses positions ainsi que par l'exercice de son autonomie, même en défaut d'indépendance.

Dans ce cadre, la médiation « garantit la réalité de la communication en réajustant le statut des propos dans les situations dissymétriques ou transculturelles » et en assurant ainsi le « respect de la diversité culturelle et du pluralisme<sup>153</sup> ».

La deuxième expérience que l'on tient à présenter s'est construite au sein d'une équipe de soins palliatifs de l'hôpital Sainte-Perrine, dirigée par le Dr Jean-Marie Gomas.

La démarche est le fruit de 15 ans de travail et de réflexion éthique auprès des malades atteints de cancer, de maladie poly handicapante ou mortelle et prend le nom de DDE (Démarche pour une Décision Éthique). Elle est pensée comme une aide méthodologique de prise de décision en situation de crises, au lit du malade, et en équipe.

Cette expérience s'inspire, entre autres, de la réflexion de Louis et Nicole Léry, qui ont beaucoup travaillé à la démarche de délibération permettant de poser un acte. Selon leur analyse, il s'agit d'associer une dynamique procédurale à une *éthique communicationnelle*.

Assumé comme moral en situation, l'agir éthique s'appuie donc sur des « références de base légitimantes » (connaissances techniques, juridiques, culturelles, déontologiques, morales) et se construit par une « démarche rigoureuse de délibération pluridisciplinaire ».

Par contre, elle ne saurait pas faire abstraction de sa référence prioritaire à l'expression de la personne concernée : «Auprès du patient, il ne s'agit pas tant de parler et de convaincre que d'écouter et de décoder : la seule mesure possible de la hiérarchisation des préférences est celle de la personne malade ! (...) Il s'agit d'engager une relation de confiance et d'authentique réciprocité, avec le souci de s'ajuster sur un point de vue extérieur aux pré-supposés des interlocuteurs, dans une perspective décentrée de leurs préjugés.<sup>154</sup> »

La DDE se veut donc une démarche pensée autour d'une réelle implication de l'équipe dans ses différentes composantes et d'une recherche d'implication de la parole de l'utilisateur.

D'une part, la mise en œuvre du dispositif impose du temps, de la parole, être assis ensemble. D'autre part, son organisation se révèle attentive à la prise en compte de tous les éléments essentiels à appréhender la situation :

150 Corvazier F. Ni consensuelle, ni garantie, l'éthique, ça s'invente ? In Bonjour P., Corvazier F. (sous la direction de) *Repères déontologiques pour les acteurs sociaux*, Ramonville Saint-Agne : Eres, 2008, p. 219-223.

151 Guillaume-Hofnung M. Proposition d'intégrer la médiation dans les instruments de communication éthique. In *Réunion du groupe de travail du CIB sur le consentement*, Paris : Unesco, 13 juillet 2006.

152 Fournier V. *La médiation : l'expérience d'une équipe d'éthique clinique dans la gestion et le traitement des situations critiques*. APF Formation – 19 journées d'étude, Paris, 1<sup>er</sup>, 2 et 3 février 2006.

153 Guillaume-Hofnung M. Proposition d'intégrer la médiation dans les instruments de communication éthique. In *Réunion du groupe de travail du CIB sur le consentement*, Paris : Unesco, 13 juillet 2006.

154 Léry L., Léry N., Comment décider dans le soin ?, in « Éthique, décision et personnes vulnérables », *Reliance*, 2006/2, n. 20, p. 43-48.

- la 1<sup>re</sup> étape d'*inventaire* se fait par la triple approche clinique, humaine, et déontologique. Il semble plus logique de commencer l'inventaire des données par ce que vit le malade dans son histoire, son intimité, la gestion personnelle de sa vie ;
- la 2<sup>e</sup> étape de *délibération* explore sans *a priori* toutes les solutions possibles : cette étape permet régulièrement d'envisager des stratégies dévoilées secondairement lors de la maturation des acteurs et des choix possibles ; elle est éclairée par les exigences et les convictions éthiques portées par les acteurs ;
- la 3<sup>e</sup> étape organise, dans le réel et le consensus, l'annonce de la *décision*, la recherche du consentement éclairé ainsi que le suivi de cette décision, avec sa réévaluation obligatoire à terme<sup>155</sup>.

L'implication du patient, si elle est indirecte durant la deuxième étape où la réflexion est menée au sein de l'équipe, est en revanche orientée vers le recueil direct de la parole et de la volonté de l'utilisateur dans la première et la dernière phase.

### c) Les groupes publics de réflexion éthique

En dernier ressort, il nous paraît important de proposer une expérience relevant de l'intervention médico-sociale auprès des personnes handicapées. Elle se distingue, dans le panorama des expériences étudiées, par l'originalité de la démarche et son affichage en tant que démarche éthique publique, destinée prioritairement aux personnes en situation de vulnérabilité.

Il s'agit des Espaces locaux de réflexion éthique mis en place par l'APF et s'inspirant, du moins pour leur initiation, de l'Espace éthique de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP).

A l'heure actuelle, vingt à trente groupes, pour la plupart départementaux, fonctionnent, avec une périodicité moyenne des réunions estimée à une rencontre tous les deux mois. Ces espaces se sont construits en général, soit sur une demande précise, à l'occasion d'un besoin particulier, soit par l'invitation de la structure locale de l'APF.

Les motivations profondes, ayant encouragées la mise en œuvre de cette démarche, sont apparentées à celles déclarées par l'AP-HP, au moment de la création de l'Espace éthique par le directeur général de l'époque, Alain Cordier. L'une des missions de cet espace éthique central étant celle de faire naître en tous lieux hospitaliers des groupes locaux pouvant prendre différentes formes.

Ces espaces locaux devaient donc répondre à un besoin de se réapproprier de la « *relation vivante* » entre soignant et personne malade, au-delà de l'approche clinique, scientifique et technique ; à une quête de sens profond des dimensions personnelles et collectives de la diffusion des soins ; ainsi qu'à un risque d'exclusion des soins pour les plus démunis.

L'appel de l'APF est très proche de celui de l'AP-HP, mais avec une particularité non négligeable : *il s'adresse directement à ceux qui vivent une situation de vulnérabilité*.

« Ainsi entrer en éthique, comme nous l'avons tous fait, c'est mener une quête souvent difficile. C'est pourquoi, de tous temps, on a laissé les plus grands esprits – ou déclarés tels – la mener (...). C'est pourtant l'un de ces grands esprits qui nous a fait comprendre que la pensée éthique n'est pas réservée à l'élite et qu'elle doit s'exposer, s'ébattre et se débattre, se développer au sein du peuple.<sup>156</sup> »

Les motivations exprimées par la présidente de l'Association, Marie-Sophie Desaulle et le directeur général de l'époque, Marc Rouzeau, sont multiples :

- Offrir des lieux de rencontre, de partage et de questionnement aux personnes en situation de handicap ;
- Leur donner la possibilité d'exprimer, de partager et de débattre des questions qui leur semblent importantes dans leur vie (personnelle ou collective) ;
- Faire surgir une parole décapante et bénéfique, à un endroit qui représente un « *ailleurs* » et un « *autrement* », permettant toute forme de quête intérieure ou extérieure à soi<sup>157</sup>.

Cette « *libération de la parole* » est un acte qui peut recouvrir plusieurs finalités :

- Apporter des éclairages par la dimension collective de la réflexion sur un sujet ou sur un cas particulier ;
- Entraîner des changements dans les pratiques de l'association : à cette fin tous les groupes souhaitent que les représentants du Siège (le groupe de pilotage de l'expérience) soient présents aux réunions, pour recueillir ainsi la parole exprimée ;
- Et, dans une perspective plus globale et militante, amener une transformation des mentalités, en renversant les certitudes, les tabous, les obstacles de toute sorte portés par les discours dominants de la société d'aujourd'hui.

Il est souligné à plusieurs reprises que les espaces éthiques ne représentent pas des groupes de parole, bien qu'une formalisation du fonctionnement de ces lieux n'ait pas encore été produite. En effet, il faut un temps pour comprendre la spécificité d'un groupe éthique, même si l'on reconnaît que le facteur essentiel pour atteindre l'objectif éthique est le passage par l'expression libre, par la libération de la parole.

<sup>155</sup> Gomas J.-M. Démarche pour une Décision éthique (DDE) : comment préparer en équipe la meilleure décision possible dans les situations de crise ou de fin de vie. *La presse médicale*, juin 2001, n. 19.

<sup>156</sup> Intervention de Chantal Deschamps aux Journées de coordination des représentants des Espaces locaux de réflexion éthique dans le rapport *Traces*, par le Comité d'animation des Espaces éthiques de l'APF, 14, 15 et 16 octobre 2008, p. 14.

<sup>157</sup> *Traces*, par le Comité d'animation des Espaces éthiques de l'APF, 14, 15 et 16 octobre 2008, p. 16.

L'absence d'un véritable cadre commun a fait en sorte que chaque groupe se soit organisé avec sa propre conception et de l'éthique et de son propre fonctionnement, ce qui témoigne d'une diversification importante des groupes entre eux, mais aussi d'une difficulté pour certains de se détacher du fonctionnement d'un groupe de parole ou d'action.

Certains éléments ont pu cependant être dégagés au cours de l'interview avec trois membres du comité de pilotage : Marc Rouzeau, Chantal Deschamps et Philippe Miet.

- Il ne s'agit pas d'un accompagnement thérapeutique de la parole ou de la souffrance par un psychologue ou autre thérapeute qui fournirait son apport analytique et interprétatif sur la question ;
- Tout en partant de l'expression personnelle, et parfois la plus intime, des vécus des personnes, le groupe de réflexion éthique a pour objectif de « provoquer (...) un débat, une confrontation de la pensée, des convictions de chacun »<sup>158</sup>. Il s'agit de laisser une vraie place à une pluralité de systèmes de valeurs qui viennent se questionner et se confronter.

- En lien avec les valeurs fondamentales que l'on se donne et que se donne la société, cette espace collectif apporte potentiellement une ouverture des questions qui sont posées, ce qui peut induire des propositions d'actions plus larges ainsi que des processus de transformation des pratiques au quotidien.
- L'écoute et le respect de la parole de l'autre sont les leviers d'un climat de confiance et de l'expression d'une parole vraie et authentique.

Quant à la composition de ces groupes, la base est généralement formée de personnes directement concernées, auxquelles s'adjoignent souvent des familles et des professionnels. Il est important de souligner que l'un des pré-requis fondamentaux pour les participants à ces groupes est d'être présent en tant que personne, dans un engagement personnel, et non pas au nom d'un statut.

Dans les propos de Marc Rouzeau, « Que les choses puissent se dire ce n'est pas par hasard : c'est parce que chacun est lui, mais pas dans une fonction ou dans un jeu. (...) Dans un des groupes auquel je participe il y a une directrice des services de soins et d'éducation à domicile

qui participe depuis l'origine. Et il y a, dans ce groupe, des familles qui ont dit comment ils leur disent au dernier moment qu'on va leur redonner leur enfant (...) la directrice a entendu et posé des questions, et elle a témoigné aux journées de réunion des cadres, pour dire comment en écoutant la parole des familles qui n'étaient pas de son service, comment elle-même, ça l'avait réinterrogé sur les pratiques mises en place avec les familles... dans la mesure où elle vient et qu'elle est une participante parmi d'autres à ce moment-là elle entend différemment.<sup>159</sup> »

Contrairement aux autres expériences analysées, ici c'est l'implication des professionnels qui est questionnée et qui veut être intégrée dans un espace initialement dédié à une participation « civile » et publique. L'un des axes de travail annoncé par Claude Meunier, directeur général actuel de l'APF, est justement de voir comment l'association permettra à ses professionnels et salariés « d'aller réfléchir, en tant qu'eux-mêmes et non pas à partir de leur position professionnelle, dans les espaces éthiques tels qu'ils se constituent en ce moment.<sup>160</sup> »

<sup>158</sup> Ibidem, p. 34-35.

<sup>159</sup> Extrait de l'interview avec les membres du comité de pilotage des Espaces éthiques de l'APF :

<sup>160</sup> *Traces*, par le Comité d'animation des Espaces éthiques de l'APF, 14, 15 et 16 octobre 2008, p. 28.

# Bibliographie (provisoire et non exhaustive)

## Ouvrages et parties d'ouvrage

- Autès M., *Les pratiques de médiation au regard des évolutions contemporaines de l'action sociale et du travail social*, in « La médiation sociale et culturelle : enjeux professionnels et politiques », Actes du colloque européen, Saint-Denis : Profession Banlieue, 2001.
- Amyot J.-J., Villez A., *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gériatriques*, Paris : Dunod, 2001, p. 110.
- Banks S. *Etica e valori nel servizio sociale. Dilemmi morali e operatori riflessivi nel welfare mix. (Ethics and values in social work)*. Trento : Erickson, 2004.
- Bauman Z., *Individualmente insieme*, Reggio Emilia : Edizioni Diabasis, 2008.
- Begin Mal L., Fonction éducative des comités d'éthique clinique, in *Enjeux de l'éthique professionnelle*, tome I, Québec : Presse Universitaire du Québec, 1996.
- Bonafé-Schmitt J-P. *La médiation : un autre modèle de régulation sociale*, in Morhain Y., *Médiation et lien social*, Hommes et perspectives, 1998.
- Bonjour P., Corvazier F. *Repères déontologiques pour les acteurs sociaux*. Ramonville Saint-Agne : Eres, 2008.
- Bonjour P. La déontologie, au carrefour du droit, de l'éthique, de l'applicabilité. In Bonjour P., Corvazier F. (sous la direction de) *Repères déontologiques pour les acteurs sociaux*, Ramonville Saint-Agne : Eres, 2008, p. 23-32.
- Bouquet B., *Ethique et travail social*, Paris : Dunod, 2004, p. 49.
- Bouquet B., Responsabilité éthique et travail social, in « Quelle responsabilité ? : du principe à l'action », *Vie sociale*, mai-juin 2001, n. 3.
- Cauquil G., *Conduire et évaluer les politiques sociales territorialisées*, Paris : Dunod, 2004.
- Commission Interministérielle De Terminologie Auprès Du Secrétariat D'Etat Chargé Des Personnes Âgées, *Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement*, Paris : Franterm, 1984.
- Corvazier F. Ni consensuelle, ni garantie, l'éthique, ça s'invente ? In Bonjour P., Corvazier F. (sous la direction de) *Repères déontologiques pour les acteurs sociaux*, Ramonville Saint-Agne : Eres, 2008, p. 219-223.
- CSTS, *Ethiques des pratiques sociales et déontologies des travailleurs sociaux*. Rennes : Edition ENSP, 2001. 156 p. Collection : Rapports du CSTS.
- CSTS, *L'intervention sociale d'aide à la personne*, Rennes : Edition ENSP, 1996.
- De Koninck T., Larochelle G. *La dignité humaine*. Paris : PUF, 2005, 176 p.
- Etchegoyen A., *Le temps des responsables*, Paris : Agora, 1996.
- Ferry J.-M. *L'éthique reconstructive*. Paris : Editions du Cerf, 1996.
- Genard J.-L., *La grammaire de la responsabilité*, Paris : Editions du Cerf, 1999.
- Gomez, J.-F. *Handicap, éthique et institution*. Paris : Dunod, 2005. 199 p.
- Gresset Veys A. Entre élaboration et utilisation des références ou des avis. In *Repères déontologiques pour les acteurs sociaux. Le livre des avis du Comité national des avis déontologiques*. Ramonville Saint-Agne : Eres. 2008, p. 157-162.
- Habermas J. *De l'éthique de la discussion* Paris : Edition du Cerf, 1992
- Hirsch E., Ferlender P. (dir.) *Droits de l'homme et pratiques soignantes. Textes de référence : 1948-1998*. Vélizy : Doin Editeurs, 1998. 368 p. Collection : Les dossiers de l'AP-HP.
- Levinas, E. *Ethique et infini. Dialogue avec Philippe Nemo*. Paris : Fayard, 1982, 121 p.
- Misrahi R. *Le philosophe, le patient et le soignant. Ethique et progrès médical*, Paris: Les empêcheurs de penser en rond, 2006.
- Mossu G., Entre norme et stratégie : la question de l'éthique dans le travail social in « Quelle responsabilité ? : du principe à l'action », *Vie sociale*, mai-juin 2001, n. 3.
- Ricœur P. *Ethique et responsabilité*, Paris : La Baconnière, 1994.
- Ricœur, P. *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil, 1990.
- Rosenzweig J. -P., Verdier P., *Les responsabilités en travail social*, Paris : Dunod, 1998.
- Svandra, Ph. *Comment développer la démarche éthique en unité de soin ? Pour une éthique de la responsabilité soignante*. Issy-les-Moulineaux : Editions Estem, 2005. 234 p. Collection : Cadre de Santé.

## Articles de périodiques

- Bertin B. Les devoirs des travailleurs sociaux et plus particulièrement ceux des AS. *Lien social*, 1994, n.2.
- Canto-Sperber M., Les ambitions de la réflexion éthique, in *Esprit*, mai 2000.
- Casagrande A. Chartes éthiques, *Paroles-Revue du collège des psychologues*, janvier 2009, n. 3.
- Des références à décoder, *ASH*, juin 1996, n. 1978, p.21.
- Dunaigre P., Pour un comité d'éthique, l'avis et son écriture ne peuvent être qu'incitation au débat, *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2007, n. 1, p. 99
- Ethique et soins de santé. *Gérontologie et société*, 2002, n° 101, 191 p.
- Fournier V. *La médiation : l'expérience d'une équipe d'éthique clinique dans la gestion et le traitement des situations critiques*. APF Formation – 19 journées d'étude, Paris, 1<sup>er</sup>, 2 et 3 février 2006.
- Fournier V., Gaille M., Approche par les principes, approche par les cas : sur le terrain, une complémentarité nécessaire et féconde. *Ethique & santé*, 2007, n. 4, p. 126-130.
- Gomas J.-M. Démarche pour une Décision éthique (DDE) : comment préparer en équipe la meilleure décision possible dans les situations de crise ou de fin de vie. *La presse médicale*, juin 2001, n. 19.
- Guerrier M. L'éthique clinique en débat. *Medecine/Sciences*, 2005, n. 21, p. 330-333.
- Laborel B., Vercauteren R., *Construire une éthique en établissement pour personnes âgées*, Ramonville Saint-Agne : Eres, 2004, p. 105-108.
- Lavoué J., L'AEMO : une éthique de la responsabilité, *Sauvegarde de l'enfance*, 1996, n.1, p. 50-55.
- Léry L., Léry N., Comment décider dans le soin ?, in « Ethique, décision et personnes vulnérables », *Reliance*, 2006/2, n. 20, p. 43-48.
- McAuliffe D., Chenoweth L. Leave no stone unturned : the inclusive model of ethical decision making. *Ethics and social welfare*, 2008, Vol. 2 (1).
- Neve E., Servizio sociale e questioni etiche, *Rivista di servizio sociale*, 1998, n. 2, p. 3-27.
- Nillès J.-J., Sainson R. *Dilemmes éthiques et bonnes pratiques au Centre Arthur-Lavy*, Article publié dans les actes du GEPSO, 2006, p. 5-6.

- Paycheng O. in *Soins gérontologiques*, 1998, n.15.
- Pinaud F. Garde-fou. Faut-il un conseil d'éthique pour le travail social ? *ASH*, 2000, n. 2188, p. 6-9.
- Quinche F. Respect du droit et de l'autonomie ou bienfaisance ?, *Ethique et santé*, 2005, n. 2, p. 41-45.
- Quinche F. Analyse d'un conflit en éthique clinique à partir du schéma de l'argument de S. Toulmin, *Ethique et santé*, 2005, n. 2, p. 186-190.
- Spano N. R., Koenig T. L. Moral dialogue : An interactional approach to ethical decision making, *Social Thought*, 2003, Vol. 22(1).
- Valeurs et travail social aujourd'hui, interview de Paul Blanquart par Eliane Replay, *Forum*, n° 60, juin 1992, p. 6.

## Rapports, diplômes et colloques

- *Convention du Comité départementale d'éthique des Yvelines*, art. 4, alinéa 20.
- Fournier V., Gaille M. (dir.), *L'éthique clinique à l'hôpital Cochin. Une méthode à l'épreuve de l'expérience*. Besançon : Néo-typo, 2007. 180 p.
- Guillaume-Hofnung M. Proposition d'intégrer la médiation dans les instruments de communication éthique. In *Réunion du groupe de travail du CIB sur le consentement*, Paris : Unesco, 13 juillet 2006.
- Menneret F. *Ethique de la discussion et éthique du travail social*, DEA : Philosophie : Paris 4 : Sorbonne, 2002.
- Mino J.-C., Weil C. (dir.), *Les comités hospitaliers d'éthique clinique sont-ils des lieux de production de nouvelles normes de pratique ? Etude sur le champ institutionnel hospitalier de l'éthique clinique en Amérique du Nord et en France*, MIRE, Rapport de recherche, juillet 1999
- Quelles pratiques professionnelles du travail social en 2008, dans le respect des principes universel des droits de l'homme ?, *La revue française de service social*, 2008-4, n. 231.
- *Traces*, par le Comité d'animation des Espaces éthiques de l'APF, 14, 15 et 16 octobre 2008, p. 16.
- Unesco, *Les comités de bioéthique au travail : procédures et politiques*, 2006.

## Sites internet consultés

- UNESCO (Social and Human Sciences – Ethics) :  
<http://portal.unesco.org/>
- Comités nationaux d'éthique dans l'Europe :  
[http://www.ethikrat.org/\\_francais/comites/comites\\_dethique.html](http://www.ethikrat.org/_francais/comites/comites_dethique.html)
- National Bioethics Commission :  
[http://www.bioethics.gr/document.php?category\\_id=66&document\\_id=284](http://www.bioethics.gr/document.php?category_id=66&document_id=284)
- York University – Centre for practical Ethics :  
<http://www.yorku.ca/ycpe/links.html>
- Association Européenne des Centres d'Ethique Médicale (EACME) :  
<http://www.eacmeweb.com/index.asp?lang=fr&page=1.htm>
- Groupe européen d'Ethique des Sciences et des Nouvelles Technologies (GEE) :  
[http://ec.europa.eu/european\\_group\\_ethics/index\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/european_group_ethics/index_fr.htm)
- Comité International de Bioéthique (CIB) :  
[http://portal.unesco.org/shs/fr/ev.php-URL\\_ID=1879&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/shs/fr/ev.php-URL_ID=1879&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)
- Observatoire mondial d'éthique (GEObs) :  
<http://www.unesco.org/shs/ethics/geo/user/?action=select&lng=fr&db=>
- Inserm Ethique médicale :  
<http://www.ethique.inserm.fr/>
- Espace Ethique AP-HP :  
<http://www.espace-ethique.org/fr/recherches.php>
- Espace Ethique Méditerranéen :  
<http://www.ap-hm.fr/ethiq/fr/site/accueil.asp>
- Nursing Ethics (Canada) :  
<http://www.nursingethics.ca/>
- Groupe de recherche Ethos (UQAR) :  
<http://www.uqar.qc.ca/ethos/>
- Governo Italiano – Presidenza del Consiglio – Comitato per la bioetica :  
<http://www.palazzochigi.it/bioetica/pareri.html>
- Social care – Department of Health (UK) :  
<http://www.dh.gov.uk/en/SocialCare/index.htm>
- Sante Ethique Liberté (SEL) :  
<http://www.santeethique.fr/modules/xfsection/article.php?articleid=3>
- Centre Ethique Clinique – Hôpital Cochin :  
<http://www.ethique-clinique.com/>
- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) – Conseil d'éthique clinique :  
<http://ethique-clinique.hug-ge.ch/>
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont – Ethique Clinique :  
<http://www.maisonneuve-rosemont.org/pages/H/Hopital/Ethiquell.aspx?lang=FR-CA>
- Service de réadaptation « L'intégrale » (Canada) :  
<http://www.integrale.org/accueil.htm>
- Santé et services sociaux Québec – Ethique :  
[http://ethique.msss.gouv.qc.ca/site/fr\\_ethique\\_general.phtml](http://ethique.msss.gouv.qc.ca/site/fr_ethique_general.phtml)
- Groupe Ethique : Délégation Départementale APF Val d'Oise :  
<http://dd95.blogs.apf.asso.fr/archive/2008/09/15/groupe-ethique-rentree-le-27-septembre.html>