

EDITO

Santé et Spiritualité

La santé touche au bien-être de la personne, à sa relation harmonieuse avec elle-même, avec les autres et avec son environnement. **La spiritualité** ne se restreint pas à la foi de l'individu, elle ouvre sur son être intérieur.

Tout homme a une vie spirituelle, expérience intériorisée qu'il fait de sa propre vie, ouverte ou non sur la transcendance.

Cette expérience commune appartient à tout homme. Elle ne se confond pas avec une affirmation de foi. Le spirituel n'est pas affaire de conviction mais de nature.

Un groupe de travail de l'EEA étudie les corrélations et les liens entre **les soins** prodigués aux personnes malades et **les interrogations existentielles** d'ordre spirituel des soignants et des malades eux-mêmes.

En effet, l'hôpital où se vivent les épreuves de la souffrance, de la maladie et aussi la mort, est un lieu où émergent naturellement les grandes interrogations spirituelles.

C'est aussi et spécifiquement le lieu où l'on soigne. D'où l'intérêt de se pencher sur l'acte de « **soigner** », qui comprend une dimension à la fois technique, relationnelle et spirituelle.

Cette dernière n'est pas seulement une dimension, elle constitue la nature même de l'homme, pas au sens religieux ni thérapeutique, mais c'est elle qui donne du souffle, qui anime, qui donne sens et produit des valeurs.

Donc si on veut que le soin progresse, il faut investir sur la ressource spirituelle, sur ce qui fait sens.

Le premier axe de réflexion pose **la question du sens du corps humain** : comment aborder la personne dans sa globalité sans séparer le corps, l'âme et l'esprit ?

Comment envisager le corps comme Parole ? Quelle valeur accorder aux approches holistiques du soin ?

Ce qui amène à poser la question du sens de la maladie et celle du processus de guérison :

David Le Breton, dans « Anthropologie du corps et modernité », montre par exemple comment l'homme est passé d'une perception de son corps lié au cosmos, relié à l'univers, à un corps qui, en Occident, n'est perçu que dans son individualité, et dès lors peut être considéré comme une « machine », dont les rouages défectueux sont réparables.

Le risque, dans cette mécanisation du corps, est que le « sujet » n'existe plus.

Retrouver ce sens oublié, le réintroduire par la symbolisation, prendre en compte l'histoire de la personne dans ses liens avec autrui et avec le monde, constituent un vrai facteur de guérison, car permettant l'appropriation nécessaire de sa maladie par le patient.

Le deuxième axe, étroitement lié au premier, concerne **la laïcité à l'hôpital** : comment la vivre en intégrant l'accompagnement spirituel des malades ?

Comment faire en sorte que la parole de tous soit entendue ? et quelle parole peuvent faire entendre les diverses confessions religieuses, face aux questions éthiques qui se posent ?

Le troisième axe aborde **la spiritualité des soignants** : comment les soignants vivent-ils leur questionnement spirituel face aux malades, à la maladie et à la mort ?

Anne-Marie Calvino (EAA)



Le dossier du mois L'éthique a-t-elle une place en anesthésie ?



A lire...



L'éthique a-t-elle une place en anesthésie ?

Dans le domaine de la médecine anesthésique, les aspects juridiques ou médico-légaux occultent souvent les considérations éthiques. Pourtant, la relation à l'autre est au cœur de la pratique anesthésique.

1. L'information au malade et à sa famille initie la relation anesthésiste/patient. Elle doit s'inspirer des principes éthiques de la relation médecin/malade (ou/et famille) : souci de l'autre, impératif de ne pas nuire (compétence !), respect de l'autonomie du patient, notion de justice distributive (égalité des soins pour chacun) dans le service, l'institution, le système de santé. Elle doit être conforme à la loi de 1997 : respect de la volonté du patient et recueil de son consentement. Elle doit prendre en compte le contexte : inversion de la charge de la preuve (le médecin, en cas de litige, doit apporter la preuve d'une information et d'un exercice attentif et conforme aux connaissances actuelles) ; avis du CCNE (1998) relatif au consentement "éclairé", après information "éclairée" ; loi Kouchner de 2002 introduisant la notion de "démocratie sanitaire".

2. Le contexte psychologique

L'anesthésiste doit veiller à limiter l'angoisse préopératoire. Celle-ci est partagée par le patient, sa famille et parfois par le médecin anesthésiste lui-même. Elle est communicative, auto-entretenu et peut s'auto-amplifier. A côté de la prémédication du patient, le climat de confiance, d'authenticité et de sérénité dans la relation sont essentiels à sa maîtrise.

La confiance est à la base de la relation médecin/malade qui permet au patient de conformer sa volonté éclairée à celle, éclairante, du médecin. P.Y. Quiviger distingue le droit de la confiance, qui repose sur un cadre légal visant à minorer les motifs de défiance et de méfiance, et le droit à la confiance, qui s'inscrit dans un cadre contractuel entre le médecin qui cherche à gagner sa confiance, et son patient afin que celui-ci se sente écouté et respecté dans ses choix.

La douleur doit être impérativement soulagée ; séparer l'atteinte physique et psychique est artificiel. Le soignant est exposé au risque de déni de la souffrance lorsque la technicité grandissante dans les domaines de la surveillance et du soin l'éloigne du patient.

3. L'environnement technique

Il est un acteur impersonnel qui s'interpose dans la relation anesthésiste/patient. Certes il intervient comme facteur d'union, de connexion, de confiance. Mais en déresponsabilisant pour partie l'anesthésiste il risque à l'inverse de devenir un agent de désunion, de déconnexion et de défiance. Ceci est une illustration du problème très actuel du rapport entre "éthique et nouvelles technologies".

4. Puissance et pouvoir

L'acte d'anesthésie pourrait symboliser l'administration de la mort suivie d'une ressuscitation. Il pourrait en aller de même de l'acte de réanimation qui pourrait passer pour une ressuscitation d'un malade voué à la mort. Cette symbolique n'est pas conforme à la signification profonde de l'anesthésie-réanimation mais elle risque d'éveiller chez certains un sentiment de toute puissance sur la vie et la mort du patient vulnérable, qui a confié sa personne au médecin ; elle s'oppose à l'approche éthique interpersonnelle telle que définie plus haut.

Par ailleurs, le bloc opératoire rassemble plusieurs acteurs détenant chacun une parcelle de pouvoir (chirurgien, anesthésiste, infirmier) ; leur coopération peut parfois être altérée par de la rivalité : le patient ne doit en aucun cas être la victime d'un éventuel conflit. Confiance mutuelle, reconnaissance des compétences, rigueur des indications, prise en compte des impératifs techniques, refus de la course à l'acte rémunérateur sont autant de règles à respecter. Les responsables d'équipe d'anesthésie doivent être conscients de ces conflits de valeur et prendre, le cas échéant, des décisions raisonnables et prudentes qui donnent corps à une éthique managériale.

5. La responsabilité

La responsabilité de l'anesthésiste est à la fois individuelle et collective. La responsabilité collective ne signifie pas dépendance sans discernement au fonctionnement de l'institution ; non seulement elle ne dégage pas chacun de sa responsabilité morale personnelle mais elle impose aussi une implication individuelle critique dans les choix collégiaux. Des réunions d'éthique au sein des départements d'anesthésie peuvent permettre d'identifier les dilemmes éthiques et leurs voies de résolution.

Conclusion

La place de l'éthique dans la pratique anesthésique est essentielle. Elle est basée sur le comportement, la maîtrise d'une technique et la relation à l'autre. Elle est à la fois individuelle et collective. L'optimisation des soins au patient et la justice distributive (démocratie sanitaire) en sont les éléments essentiels. Une formation à l'éthique prenant en compte les spécificités de la spécialité anesthésie est nécessaire.

D. Grimaud ; O. Rabary (EEA)

► Groupe « Santé et Spiritualité »

Le groupe « Santé et Spiritualité » existe depuis le mois de mai 2011 et ses membres se réunissent environ toutes les 6 semaines. Celui-ci comprend kinésithérapeute, infirmière, médecins, aumônier, visiteuse de malades en hôpital, représentants du culte, représentants des usagers. Dans ce groupe sont représentées pour l'instant les spiritualités bouddhiste et chrétienne (catholique et protestante). La diversité affichée des appartenances religieuses est une grande richesse pour le travail en groupe. Elle permet des approches diversifiées et complémentaires relatives aux questions abordées. Le groupe est ouvert à toute personne intéressée par ces axes de réflexion.

Contact : Ulrich Rusen-Weinhold : rusen-weinhold.u@chu-nice.fr

► Groupe « Ethique et Soins Palliatifs »

Après quelques mois de réflexion le groupe thématique "Ethique et Soins Palliatifs " est enfin créé. La première réunion a eu lieu le 13/09/2012 et les modalités de fonctionnement ont été fixées. Ce groupe se réunira une fois par trimestre de 14h30 à 16h dans la salle de cours du Département de Soins Palliatifs au 2^e étage de l'Archet 1. Il est ouvert à toute personne voulant y participer. Un thème différent sera abordé à chaque réunion, en s'appuyant sur des cas cliniques. Le groupe invitera si possible, une personne experte.

Dates des 3 prochaines réunions

- * 29/11/2012 : la discussion éthique autour de cas de patients en état neuro-végétatif. Invitée experte : Dr Isabelle Petit.
- * 14/02/2013 : L'influence de la souffrance de l'équipe dans une décision médicale.
- * 30/05/2013 : L'implication des familles dans les prises de décisions.

Contact : Dr Anne- Marie Valet Eker @ : eker.am@chu-nice.fr

A lire...

► Exprimer et défendre les valeurs qui animent ceux qui s'engagent au quotidien

Trois convictions justifient cet ouvrage collectif (dirigé par Fabrice Gzil et Emmanuel Hirsch) qui associe les meilleures compétences dans une approche pluridisciplinaire désormais indispensable.

La première est que ce sont les personnes malades qui devraient être les principaux acteurs de leur histoire et de leur vie avec la maladie, et que celles-ci devraient être et rester - tout au long de la maladie - au cœur de leur accompagnement. La deuxième est que ceux qui sont en première ligne dans l'accompagnement des personnes malades - les proches, les professionnels et les bénévoles qui prennent soin d'eux au quotidien - doivent être reconnus et soutenus par la société, car ils font vivre cette exigence de solidarité sans laquelle notre société ne serait plus une société véritablement humaine.



La troisième est que ce que l'on appelle la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées ne constituent pas seulement un défi pour la science et la médecine, mais que les conséquences multiples de ces affections appellent une approche globale et une mobilisation de tous les acteurs de la société.

L'objectif de ce livre est donc de donner à voir comment des personnes malades, leurs proches, des professionnels du secteur sanitaire et social, des acteurs du monde associatif, des chercheurs, des intervenants bénévoles s'efforcent, en France et à l'étranger, de faire vivre ces trois convictions, et de donner corps aux valeurs de non abandon, de solidarité et de dignité qui animent leur engagement au quotidien.

Hélène Brocq (EEA)

► Soins, laïcité et spiritualité

Dans un très bel ouvrage au langage ciselé « **Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin** » (Puf 2010) Jean-Philippe Pierron de l'université Jean Moulin de Lyon III, part à la recherche d'une dimension originaire du soin, au cœur d'une médecine technicisée. Dans cet itinéraire philosophique, il questionne ce qu'il advient de la quête spirituelle de l'homme. Les idées ci-dessous sont tirées du chapitre sur « la sécularisation du soin ».

Le cœur du geste soignant est de voir se rencontrer une vulnérabilité et une compétence. La grandeur du soin n'est-elle pas fondamentalement liée à un prendre soin qui lie les hommes les uns aux autres ?

La philosophie du soin ne dénonce donc pas la technique médicale, mais elle interroge sur la finalité du soin au sein d'une professionnalisation du geste soignant très technicisé.

Se demander ce que la maladie et le soin ont à voir avec le spirituel peut paraître étrange tant l'épreuve de la maladie simplifie, voire appauvrit la vie. Or associer le spirituel au soin ne nie pas le réel. Dans le soin, la vie perçue comme éprouvante, ramène à l'essentiel, parce qu'elle arase les médiations sociales qui font de soi un personnage.

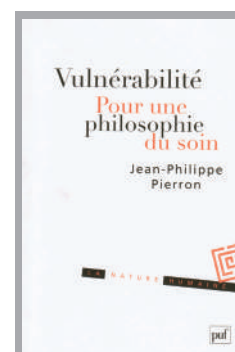
L'hôpital est un des rares lieux publics où s'expérimentent des questions ou des sentiments métaphysiques, sur le sens de son existence et les solidarités humaines. L'intimité de la personne y vit, comme nulle part, une dépendance qui est aussi un lâcher prise.

La recherche spirituelle c'est essayer de vivre pleinement jusqu'à la mort, en s'efforçant d'explicitier ce « pleinement ». La maladie est un de ces rares moments, avec les naissances et la grâce des rencontres, qui donne d'assister à « l'émergence de l'essentiel », dira Paul Ricœur. Le spirituel est l'autre nom de cet essentiel. En parler n'est pas délaissier l'expertise soignante

Si la maladie est une épreuve de l'essentiel, c'est qu'elle apprend que l'essentiel est ailleurs qu'en elle. Comment les faits biologiques peuvent-ils devenir des événements biographiques, et l'atteinte de l'intégrité retentir en intériorité ? Lorsque se substitue, à la recherche éperdue des raisons de souffrir, une réorientation fondamentale de ce qu'engage le fait d'être au monde, la maladie devient un point axial, et biographiquement, fait date. Le combat spirituel s'ouvre alors.

Dans la prise en charge du malade, plusieurs ordres sont en jeu : le scientifico-technique, le juridique, le moral et le spirituel. Il appartient au spirituel d'unifier des quêtes disjointes en nous. Le spirituel tente d'unifier ce que l'expertise divise. Aussi la demande spirituelle à l'hôpital, est-elle une manière, pour le patient qui le souhaite, d'être reconnu dans son unicité et de chercher à unifier son existence.

Le spirituel n'est ni une explication physiologique de la douleur, ni une compréhension psychologique de l'être en souffrance, mais la reconnaissance de l'irréductible et singulière manière d'être au monde du vivant humain. C'est pour cela que le prendre soin est l'attention à la vie qui reconnaît la vie !



Françoise Lavirotte-Philip (Pastorale de la santé, Diocèse de Nice)

Agenda



■ Rappel DIU : formation Ethique hospitalière 2012-2013

Les concepts en éthique - La dignité : 3, 4 décembre 2012 et 21, 22 janvier 2013

L'éthique, le droit et l'institution : 23 janvier 2013

Le DIU est accessible à l'inscription mais les dates de prise en charge par le CHU sont dépassées. La formation hospitalière est accessible à l'inscription selon les modalités habituelles.

Contact : Olivier Rabary - rabary.o@chu-nice.fr

■ Journée Thématique de l'Espace Ethique Hospitalier et Universitaire de Lille

« Médecine normative, médecine coercitive ? ». 23 octobre 2012

contact.eehu@chru-lille.fr ou contact.eehu@univ-lille2.fr

■ 3ème Printemps Ethique de Nice : 29 mars 2013

Ethique, Technologies et Santé

*Tu es riche ?
J'ai tout :
Je ne me possède plus.*

M. Basho



Président : Pr. Dominique Grimaud
grimaud.d@gmail.com
espace-ethique-azureen@chu-nice.fr

N° ISSN : 2259-1370