

## **Prendre soin en temps de crise : une opportunité pour refonder les liens. Réflexion à deux voix**

Geneviève Guillaume et Catherine Bert

Volume 7, numéro 2-3, 2024

Numéro hors-thème & Ateliers de la SCB  
Open Issue & CBS Workshops

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1112282ar>  
DOI : <https://doi.org/10.7202/1112282ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal

ISSN

2561-4665 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Guillaume, G. & Bert, C. (2024). Prendre soin en temps de crise : une opportunité pour refonder les liens. Réflexion à deux voix. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 7(2-3), 100–106.  
<https://doi.org/10.7202/1112282ar>

Résumé de l'article

La pandémie causée par la Covid-19 a constitué un contexte de crise sans précédent. Dans le monde soignant, elle a notamment accentué les limites d'une logique privilégiant les décisions appuyées sur une visée gestionnaire et comptable. Elle a également visibilisé les difficultés auxquelles sont confrontés les soignants lorsqu'ils recourent à la logique du prendre soin (*care*). Considérant la crise comme une opportunité d'ouvrir de nouveaux possibles, la présente analyse éthique croise la voix d'un médecin et d'un philosophe pour proposer des pistes de réflexion prospectives. Ces réflexions visent à penser l'articulation, dans le quotidien du soignant, d'une éthique de la décision avec une éthique de la relation. Ces deux perspectives éthiques, loin d'être antagonistes, présentent une complémentarité enrichissante tant pour le soignant que pour le soigné. Ces réflexions invitent à envisager l'acte de soin comme une relation à soi, à l'autre et au collectif.

© Geneviève Guillaume and Catherine Bert, 2024



Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

**é**rudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

ARTICLE (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

## Prendre soin en temps de crise : une opportunité pour refonder les liens. Réflexion à deux voix

Geneviève Guillaume<sup>a</sup>, Catherine Bert<sup>a</sup>

### Résumé

La pandémie causée par la Covid-19 a constitué un contexte de crise sans précédent. Dans le monde soignant, elle a notamment accentué les limites d'une logique privilégiant les décisions appuyées sur une visée gestionnaire et comptable. Elle a également visibilisé les difficultés auxquelles sont confrontés les soignants lorsqu'ils recourent à la logique du prendre soin (*care*). Considérant la crise comme une opportunité d'ouvrir de nouveaux possibles, la présente analyse éthique croise la voix d'un médecin et d'une philosophe pour proposer des pistes de réflexion prospectives. Ces réflexions visent à penser l'articulation, dans le quotidien du soignant, d'une éthique de la décision avec une éthique de la relation. Ces deux perspectives éthiques, loin d'être antagonistes, présentent une complémentarité enrichissante tant pour le soignant que pour le soigné. Ces réflexions invitent à envisager l'acte de soin comme une relation à soi, à l'autre et au collectif.

### Mots-clés

Covid-19, éthique décisionnelle, éthique relationnelle, théories du *care*, politique du soin

### Abstract

The Covid-19 pandemic represented an unprecedented crisis. In the world of health care, it highlighted the limits of a logic that favours decisions based on management and accounting. It also highlighted the difficulties faced by caregivers in applying the logic of care. Viewing the crisis as an opportunity to open up new possibilities, this ethical analysis brings together the voices of a physician and a philosopher to propose some forward-looking avenues for reflection. The aim of these reflections is to consider how, in the day-to-day life of the caregiver, the ethics of decision-making and the ethics of relationship fit together. Far from being antagonistic, these two ethical perspectives are complementary and enriching for both caregiver and patient. These reflections invite us to consider the act of care as a relationship to oneself, to others and to the collective.

### Keywords

Covid-19, decisional ethics, relational ethics, care theories, care policy

### Affiliations

<sup>a</sup> Espace philosophique de Namur, Université de Namur, Namur, Belgique

**Correspondance / Correspondence:** Geneviève Guillaume, [genevieve.quillaume@unamur.be](mailto:genevieve.quillaume@unamur.be)

## INTRODUCTION

Une caractéristique majeure du contexte de la crise pandémique causée par la Covid-19 tient certainement dans le bouleversement des modalités du lien humain. Le lien a été perçu comme un vecteur de contamination, comme porteur d'un risque, comme porteur de la maladie, voire porteur de mort. Il a dès lors été médiatisé par des mesures de protection telles que le port du masque ainsi qu'une distance sécurisante dite « sociale ». Ces mesures ont exposé la plupart des personnes à un paradoxe : avoir le souci des autres consiste à les priver de notre présence, en d'autres mots, le paradoxe de la présence (1,2). Ce paradoxe s'est exprimé différemment selon les rôles sociaux et professionnels. Les soignants ont été contraints, pour éviter d'être contaminés et de contaminer, de modifier les modalités relationnelles de leur présence à l'autre. Les injonctions sanitaires ont appauvri l'expression du soin. Elles sont devenues la cause d'un accroissement de la vulnérabilité tant des soignés que des soignants car l'exercice du soin se réalise aussi dans une proximité qui s'éprouve à travers l'expressivité du corps et la présence bienveillante.

Le paradoxe de la présence a suscité, pour les soignants, un dilemme éthique qui, de façon un peu radicale, invite à se positionner face à cette alternative : soit il importe d'éviter la contamination, soit il importe de préserver et de cultiver les relations interpersonnelles. Le premier parti de l'alternative respecte la norme sanitaire mais présente différents enjeux problématiques tels que la réduction et l'appauvrissement des liens humains, l'isolement, le repli sur soi ainsi que des conséquences préjudiciables, notamment en termes de dignité humaine et de santé mentale. On songe par exemple à l'interdiction imposée à certains soignants de toucher la main du malade ou de rester quelques minutes au chevet de personnes mourantes, isolées et laissées seules face à la mort. Le second parti de l'alternative implique des stratégies de contournement qui exposent au risque d'une possible contamination et qui désignent des décisions qui ne respectent pas les normes sanitaires sans qu'elles soient pour autant contraires aux valeurs du soin. Certaines stratégies de soin en effet se situent dans un interstice au cœur duquel le lien à l'autre est ce qui compte vraiment. On a vu ainsi des infirmier(e)s de nuit autoriser la présence continue d'un membre de la famille pour assister un mourant, en contradiction avec les règles imposées.

Dans le monde soignant, le paradoxe de la présence et le dilemme qui en découle ont contribué à dissocier le souci de protéger la santé et celui de prendre soin des liens humains. Sur le plan de la pratique clinique, cette dissociation pose différentes questions parmi lesquelles : la relation fait-elle partie du soin? Est-il possible de prendre soin d'une personne sans prendre soin du lien qui unit à elle? Sur le plan de l'éthique, cette dissociation pose d'autres questions dont : le savoir-faire peut-il s'envisager indépendamment de toute forme de savoir-être dans le prendre soin? (3) Comment articuler protocole et

technique avec la considération humaine du patient? Quelles valeurs sont promues par un prendre soin qui négligerait la relation entre le soignant et le soigné? Cette dissociation témoigne d'une difficulté de concilier une éthique de la *décision* et une éthique de la *relation* (4,5) que nous définirons ci-dessous. Dans le contexte de la pandémie, l'éthique de la décision a été privilégiée dans les débats publics, au détriment de l'éthique de la relation. Dans ces débats, en Belgique, la relation, considérée comme vecteur de transmission, a été envisagée dans une dimension très restrictive, occasionnant de la sorte diverses formes de souffrance tant pour les malades que pour leurs proches et les soignants. La dimension relationnelle et sociale de la personne humaine, si elle a été médiatisée dans les discours, a été largement écartée dans les pratiques imposées, ce qui a conduit de fait à privilégier une vision de la vie dans son acception biologique (6). Les grands débats menés lors des vagues d'hospitalisation massives se sont centrés sur des dilemmes décisionnels relatifs au triage, à la priorisation des patients ainsi qu'aux critères qu'impliquent de telles procédures de décision (7,8). Pourtant, dans les couloirs des institutions de soin un autre enjeu habitait les soignants, celui de préserver aussi le lien humain.

La réflexion qui suit part du constat du recours préférentiel à une éthique de la décision et d'une faible mobilisation de l'éthique de la relation. Elle tente de mieux comprendre les raisons de ce choix pour identifier ensuite quelques enjeux éthiques de cette orientation. Des pistes d'analyse et de réflexion sont enfin suggérées en faveur d'une articulation de ces deux formes d'éthique du soin. Notre démarche croise les regards d'une médecin et d'une philosophe<sup>1</sup>, dans le but à la fois de relire la pratique soignante à partir de quelques repères philosophiques mais aussi d'éclairer les concepts philosophiques par la pratique soignante. Les liens noués entre ces deux approches, décisionnelle et relationnelle, permettent d'en tisser d'autres dans le champ de l'éthique du soin.

## NOUS PARLONS DE LA CRISE SANITAIRE. QUE SIGNIFIE LE MOT CRISE?

La crise sanitaire a emporté dans son sillage de nombreuses vies. Son effet destructeur ne sera pas contesté. Elle a également contribué à rendre visible, dans les pays du Nord, les faiblesses du système de soin que vivent quotidiennement les pays du Sud (9-11). Les injonctions sanitaires qui ont ciblé les modalités relationnelles entre soignants et soignés ont en effet cristallisé les effets préjudiciables des restrictions budgétaires imposées aux systèmes de soin. On songe notamment au travail à flux tendu dans les hôpitaux.

Il serait dommage de faire l'économie de la dimension prospective – c'est-à-dire ouvrant à de nouveaux possibles – de l'événement (12). Différentes significations du concept « crise » permettent de mieux cerner cette dimension. Hermesse (9) privilégie le terme de « catastrophe » plutôt que celui de « crise ». Elle s'appuie sur les *disasters studies* pour pointer les conséquences d'un tel bouleversement. Cependant il existe d'autres compréhensions : le terme « *crisis* », en grec ancien signifie, la décision, la nécessité de discerner (13). Il s'inscrit dans un autre champ sémantique que celui auquel on l'associe plus volontiers aujourd'hui et qui renvoie à l'idée d'incertitude, de risque et de rupture. Selon son origine étymologique, la crise évoque la réflexion et l'action consécutive de choisir comment agir. En Chine, la crise désigne à la fois la menace et l'opportunité. Le concept englobe ces deux réalités, négative et positive, de sorte que l'une ne peut être envisagée sans l'autre (14). Chacune de ces significations élargit la perspective négative et préjudiciable de la crise en pointant les moyens d'action qui permettent de la dépasser. Selon ces conceptions de la crise, celle-ci comporterait un potentiel d'éveil. Elle pourrait en effet motiver une analyse critique des modes de fonctionnement des systèmes de soin et favoriser une prise de conscience des faiblesses de ce système. La pandémie a notamment visibilisé et amplifié différentes vulnérabilités du système de soin, laissant de la sorte émerger une opportunité de mieux en comprendre les rouages (10). Elle pourrait aussi être à l'origine d'un souci de repenser la santé publique ainsi que le « bon » soin.

## QUEL REGARD SOIGNANT PORTER SUR LA CRISE?

Nous sommes tous des soignants occupés à « prendre soin » des patients. Mais nous nous devons également de les « prendre en charge ». Il s'agit d'une double injonction, qui peut être vécue comme contradictoire (15). Prendre en charge nous place dans un rôle de gestionnaire de soin, qui suit le protocole, quand prendre soin met l'accent sur les relations interpersonnelles. Les soignants naviguent entre ces deux injonctions sans pouvoir toujours les articuler de manière à y mettre du sens. On se situe dans le premier cas dans la logique gestionnaire, de l'efficacité et du contrôle des risques, qui incite à prendre en charge un patient. Elle a été privilégiée dans le traitement de la crise Covid, au détriment du prendre soin, de la logique du *care*<sup>2</sup>.

La logique gestionnaire est une logique du contrôle et de l'organisation.

*Gérer*, c'est se charger de quelque chose, prendre en main, mener, gouverner, diriger, organiser. C'est donc s'occuper de choses et de biens, de ce qui se compte au sens comptable. Cette logique privilégie la dimension économique capitaliste dont les limites et les contradictions pour le système de santé ont été exacerbées pendant la pandémie (16).

<sup>1</sup> Cet article fait suite à une présentation lors d'un colloque en soins palliatifs : « La fin de vie à l'ombre de la crise » organisé par FORS Henalux, Belgique, Namur, en avril 2021.

<sup>2</sup> La logique du *care* est étudiée et développée par des théoriciennes de l'éthique du *care* telles que Joan Tronto et Carol Gilligan. Dans ces théories, le *care* désigne le « prendre soin », envisagé à la fois comme un acte et comme une attitude ainsi que comme un phénomène complexe et complet, c'est-à-dire à la fois éthique, psychologique, politique et économique.

*Soigner*, c'est aussi être en relation, être ouvert à l'évènement, à l'inattendu, à ce qui échappe. C'est être attentif à la vulnérabilité, la sienne et celle des autres, c'est vivre sa propre impuissance. C'est donc s'occuper de sujets singuliers, d'histoires et de tout ce qui ne se compte pas. Notre pratique de soignant est en relation permanente avec le non-maitrisable. C'est ce qui la rend passionnante, nous forçant à la créativité, mais aussi éprouvante, en nous laissant dans l'inquiétude et l'incertitude.

En dépliant ces deux logiques, soignante et gestionnaire, on met en évidence la distance entre une vision gestionnaire de la crise qui, pour être efficace, doit *nécessairement* accepter la logique de maîtrise comptable et la vision du monde soignant qui a lui *nécessairement* besoin, pour rester en contact avec l'humain, de s'émanciper de cette logique comptable pour s'ouvrir au souci, à l'inquiétude et à l'incertitude.

Le malaise des soignants a été expliqué par une surcharge de travail, qui rend difficile la prise de distance et oblige à un excès d'investissement (17). Cependant, la mise en avant exclusive de la logique gestionnaire sécuritaire a accentué le sentiment de perte de sens du travail de soignant, dans les situations inhumaines que nous a fait vivre la pandémie. L'impossibilité d'en rendre compte dans un langage autre que managérial et comptable qui ne correspond pas au vécu du *care* et l'impossibilité de quantifier un travail bien fait ont aggravé ce sentiment. La volonté de prendre soin est confrontée au réel des situations. Le soignant est amené à faire des écarts pour dépasser ou solder les difficultés, parfois jusqu'à prendre des risques en désobéissant aux règles de travail ou à la loi, et ainsi rester en cohérence avec ses valeurs, se respecter soi-même et rester humain. Le réel confronte à l'échec, la frustration, la colère. Il oblige à trouver des solutions, à engager sa responsabilité d'humain.

De plus, le prendre soin, – le *care* – est un travail qui nécessite des dispositions mais également un apprentissage et un savoir-faire qui permettent la sollicitude et le souci de l'autre. Il consiste aussi en un savoir pratique qui permet l'adaptation au réel. Il engage toute la personne psychique du soignant. Si cet engagement psychique explique l'atteinte profonde que peuvent engendrer les conflits de valeur, il est aussi récompensé par une reconnaissance symbolique. Celle-ci est double : il s'agit d'abord d'une reconnaissance du travail bien fait qui est « interne » au métier, provenant des pairs, et d'autre part d'une reconnaissance de l'utilité du travail réalisé, provenant des « externes » du soin c'est-à-dire les patients et les institutions (18,19).

Cette reconnaissance de l'utilité peut entrer en contradiction avec la reconnaissance des pairs et engendrer de la frustration. Pendant la crise Covid, la reconnaissance externe, institutionnelle, de l'utilité d'un travail qui interdisait certains liens thérapeutiques, était en contradiction flagrante avec ce que les soignants comprennent comme un travail bien fait du point de vue interne, propre à leur profession et aux valeurs du *care*. Ainsi, l'interdiction imposée pendant la pandémie d'approcher physiquement certains patients en fin de vie a parfois été vécue comme un abandon de soin, une maltraitance, par les soignants. Faire reconnaître la valeur interne du travail de soignant est une gageure. D'une part, cette reconnaissance ne peut être considérée comme sincère que si elle provient des collègues, mais de plus, les soignants n'ont pas de mots pour parler de leur travail, ou plutôt, on leur demande de traduire leur langage de soins – le *care* – en langage gestionnaire.

Ce conflit entre deux types de reconnaissance, institutionnelle et des pairs, explique le sentiment d'incohérence, de frustration et de perte de sens. Une porte de sortie est proposée par Ricoeur (20). Il analyse les conditions d'une reconnaissance réciproque préalable à un travail commun. Cette reconnaissance se fait en trois étapes. Tout d'abord, identifier et différencier les problèmes, nommer les questions et envisager le point de vue des autres, sans nécessairement l'admettre, et donc ici mettre en évidence les modes de reconnaissances différents à l'origine du malaise des soignants. Ensuite, reconnaître et être reconnu, dans notre cas, être entendus dans ce malaise. Enfin, cultiver la gratitude et le respect envers l'autre, reconnaître son point de vue différent mais respectable. Mettre sur pied « des lieux de rencontre gratuits » (20) est une première étape que certaines institutions hospitalières proposent aujourd'hui en Belgique.<sup>3</sup>

## DISSOCIER OU ARTICULER L'ÉTHIQUE DE LA DÉCISION ET L'ÉTHIQUE DE LA RELATION?

La confrontation des deux logiques, prendre en charge un patient selon la logique gestionnaire ou prendre soin du patient selon la logique du *care* peut être à l'origine de perte de sens et de frustrations pour les soignants. Ces deux logiques mobilisent chacune une forme d'éthique spécifique. La logique gestionnaire s'inspire d'une éthique de la décision tandis que la logique du *care* valorise une éthique de la relation. Afin de décrire plus finement la visée éthique du prendre soin, il semble opportun de comprendre en quoi consistent l'éthique de la décision et l'éthique de la relation ainsi que leur mode d'articulation.

L'éthique de la décision (4) propose des repères pour aider à l'élaboration de raisons d'agir justes et bonnes. Ces repères peuvent concerner la procédure de prise de décision en suggérant par exemple l'importance de la discussion, la manière d'organiser cette discussion, les modalités de sollicitation des différentes parties prenantes à la décision. L'éthique de la décision peut aussi chercher à préciser les critères et les valeurs fondant une décision juste et bonne tels que le respect de l'autonomie du malade ou l'égalité d'accès à des soins de qualité. Cette approche éthique trouve son origine dans la philosophie d'Aristote. La décision favorise la transition entre la délibération – le fait d'évaluer les risques et les bénéfices d'un choix – et l'action – la mise en œuvre du choix (22). Pour rendre compte de ce processus, la modernité occidentale s'est appuyée sur une conception de la raison qui peut de manière fictive se couper des réalités affectives, culturelles et sociales. Cependant, comme le précise Jousset (22), la décision n'est pas le produit d'une personne isolée du monde. Elle est pensée

<sup>3</sup> Nous pensons par exemple au poste de philosophe proposé par certains hôpitaux belges, ou à la mise sur pied d'espaces de dialogue éthique institutionnel où peuvent se rencontrer les différents métiers de l'hôpital (21).

et mise en actes par une personne incarnée, impliquée dans un réseau de relations sociales et politiques. On trouve en outre dans la philosophie d'Aristote le souci qu'une décision s'accommode du moment opportun (*kairos*). En d'autres mots, la décision ne prend tout son sens que dans le contexte spécifique de sa propre temporalité.

Les dimensions intersubjective et contextuelle de la décision représentent également un point d'attention dans l'éthique de la relation (5). Cependant, l'éthique de la relation se centre sur la nature du lien qui s'établit entre le soignant et le soigné. Cette relation est qualifiée d'asymétrique dans le sens où la personne en souffrance dépend, bien souvent, des compétences d'une autre personne pour être soignée. L'éthique de la relation contribue à l'identification de ce qui fait la qualité du lien noué. Dans les théories du *care*, la relation est à la fois une forme de présence et d'engagement vis-à-vis du soigné mais elle est aussi une partie indispensable du prendre soin. Elle invite à mettre le focus sur le souci de la singularité du soigné et sur l'attention à la préservation des relations interpersonnelles. Dans les cinq phases du *care*, l'interdépendance entre le soignant et le soigné prend le pas sur l'asymétrie des positions (23,24). Le « bon » soin ne peut être défini par un seul partenaire de la relation, ni même avant que l'acte ne soit pensé et posé. Il ne peut être assimilé à l'application mécanique d'un protocole préétabli. Le soignant et le soigné contribuent chacun en fonction de leur place dans la relation à coconstruire le sens du soin. Ce dernier se précise en fonction des attentes et des valeurs des acteurs concernés.

Les quatre premières phases du *care* établissent une procédure qui permet de prendre en considération à la fois les besoins du soignant et ceux du soigné (23). Ces quatre phases sont liées les unes aux autres : 1) La première phase « *caring about* » désigne l'identification du besoin de soin. Le point de départ du soin est la reconnaissance de cette nécessité. Cette phase implique de « se mettre à la place de » pour percevoir ce qu'il convient de faire, c'est-à-dire pour percevoir ce que ce besoin attend comme réponse. Cette phase nécessite d'une part, des dispositions personnelles pour percevoir les besoins mais aussi d'autre part, un soutien institutionnel et politique qui rende possible l'exercice de ces dispositions. 2) La deuxième phase « *taking care of* » souligne la responsabilité engagée par l'identification du besoin. Cette responsabilité est morale mais aussi liée à l'action. Elle amène à prendre conscience des différentes tâches liées à la réponse au besoin et à pouvoir les assumer. 3) La troisième phase « *care giving* » correspond à la mise œuvre du soin, c'est-à-dire les différentes actions nécessaires pour prodiguer le soin. Cette phase invite à un contact direct avec le receveur de soin. Elle se focalise également sur l'évaluation de la charge de travail nécessaire pour répondre adéquatement au besoin de soin. 4) La quatrième phase « *care receiving* » intègre la perspective du soigné dans l'évaluation du bon soin. Cette phase souligne qu'il importe avant tout aussi de reconnaître que le soigné n'est pas indifférent au soin reçu. S'ouvrir à la perception et à l'évaluation du soin reçu donne la possibilité de savoir si le besoin a été adéquatement rencontré. Si la réponse est satisfaisante, la boucle se ferme. En revanche, si la réponse ne convient pas entièrement, il importe de revoir l'identification du besoin et d'envisager à nouveau les trois autres phases. 5) Joan Tronto a ajouté plus tardivement une cinquième phase, le « *caring with* » (24). Cette dernière rend compte d'exigences démocratiques de justice, d'égalité et de liberté qui sous-tendent la manière dont les besoins de soin doivent être rencontrés. Ces exigences politiques visent plus précisément le fait que chaque citoyen doit se sentir concerné par le *care* de sorte que la charge du soin ne repose pas prioritairement sur la sphère privée.

Bien que chacune des deux éthiques mettent l'accent sur des aspects différents du prendre soin, nous faisons l'hypothèse que l'éthique de la décision et l'éthique de la relation ne sont pas exclusives l'une de l'autre mais que, dans la réalité soignante, elles gagnent à s'articuler. C'est notamment cette articulation que questionne l'étude ethnographique de Tessier (2). Celle-ci décrit des stratégies de décision médicale prises dans le contexte de la première vague de Covid-19. L'étude est menée dans le service de réanimation d'un hôpital de la côte Ouest des États-Unis. Le maire de la ville a ordonné que seuls les patients Covid négatifs mourants, les parturientes et les enfants pouvaient bénéficier de la présence d'un proche, un seul par 24h. Différentes stratégies vont alors être mises en place pour atténuer les conséquences de cette mesure, qualifiées d'« horribles » par les soignants (2). Ainsi un homme sera, malgré l'interdiction, autorisé par un responsable important de l'administration hospitalière, à rendre visite à son grand-père Covid positif et mourant. Cette exception soulève un débat animé au sein de l'équipe : est-ce juste par rapport aux familles à qui l'on a interdit les visites? Doit-on dorénavant autoriser les visites pour les autres familles? Certains soignants craignent d'être contaminés si le nombre de visiteurs augmente. En outre, la mise en cause de la mesure qui autorise un seul visiteur par 24h n'est pas soutenue par tous les soignants. Dans le but de prendre soin du patient et de sa famille, certains médecins maintiennent en vie des malades mourants afin que chaque membre de la famille puisse venir leur rendre une dernière visite. Il s'agit là d'une stratégie humaine mais coûteuse. Ces décisions, prises dans le contexte particulier de la pandémie, évoquent une difficulté essentielle – comment soigner et préserver les liens humains? Quels sont les actes concrets qui rendent une vie humaine jusqu'à son terme? L'étude de Tessier (2) montre qu'à côté de l'éthique de la décision, il y a une éthique de la relation qui essaie de soutenir ce qui importe concrètement dans la vie du soigné, de sa famille et des soignants, à savoir le lien à l'autre. Cependant cette éthique disposait de peu d'espace pour se déployer pendant la crise pandémique.

## VIVRE PLEINEMENT LES PARADOXES PERMET DE REVALORISER LE SOIN

De la même manière que le soin bénéficie de l'articulation entre l'éthique de la décision et l'éthique de la relation, la logique gestionnaire est nécessaire au soin. Le soin n'est pas une relation bilatérale soignant-soigné. Les institutions hospitalières doivent jouer le rôle de tiers, d'extérieur et être le garant de la justice. Elles mettent en avant le bien collectif et garantissent l'accès aux soins pour tous en veillant au partage équitable des ressources. Elles se doivent également de protéger les deux parties de la relation : le patient via la législation sur les droits du patient et le soignant en instaurant des règles et un cadre de travail qui le protège, par exemple du surinvestissement ou du *burn out*.



On pourrait, avec Edgar Morin (13) se poser la question du sens positif que l'on pourrait donner à ce que nous avons vécu. Une crise est ce qui ouvre la pensée. La crise nous révèle notre réalité, notre condition, à nous qui le savions déjà sans toujours se l'avouer (25). Elle permet de mieux expliquer ce réel autour de nous, de le mettre en exemples. Elle permet aussi de rebattre les cartes, à condition de ne pas laisser retomber le soufflé, de ne pas accepter de se laisser enfermer dans la routine. Il faut se donner le temps de l'analyse – qu'allons-nous faire de cette crise? Comme soignants nous faisons cela quotidiennement quand nous prenons un patient en charge. Nous ne pouvons pas appliquer automatiquement un protocole standard sans engager notre responsabilité de soignant. Nous nous adaptons à la situation particulière du patient. Pour cela, sur la base des connaissances et de l'expérience nous posons la question des limites et de l'équilibre à trouver entre l'idéal et la situation réelle du patient. On appelle cela raisonner pratiquement.

Mais comment faire le même travail au niveau organisationnel? Pour cela nous devons également nous engager. Trop souvent, les soignants corrigent clandestinement les manques ou les imperfections du système organisationnel imposé de l'extérieur, comme l'a très bien montré l'étude de Tessier (2). Si cela leur permet d'adapter leur pratique afin d'offrir des soins en accord avec leurs valeurs, cela ne remet pas en cause les obligations organisationnelles et ne permet donc pas une amélioration structurelle de leurs pratiques. Pour en sortir, les soignants doivent s'impliquer dans la visée organisationnelle du soin, quitte à entrer en résistance. L'éthique est une visée. Nous sommes pris dans des dilemmes, des conflits de valeurs – faut-il privilégier les liens ou se protéger de la maladie? Nous définissons, ensemble si possible, ce qui nous semble le but à atteindre, et nous nous engageons ensuite pour faire advenir cet objectif. C'est le propre de toute démarche éthique : un conflit de valeurs, une visée vers un « bien » pour privilégier l'une ou l'autre de ces valeurs, une démarche active pour, si possible, résoudre le conflit (26).

Bien que très différentes, les deux éthiques – décisionnelle et relationnelle – sont complémentaires. Comment les faire collaborer? Tant la gestion que le prendre soin se retrouvent dans la recherche de solutions pratiques. Elles peuvent donc se retrouver dans la recherche de sens de l'action, dans la visée éthique, dans le débat sur la finalité et l'articulation entre le but visé et les moyens possibles. Il semble important que les débats existent quant aux *objectifs et finalités* : la visée doit être l'objet de consensus et de redéfinitions régulières. Nous vivons en démocratie et ces enjeux sont des enjeux politiques. Notre malaise de soignant est aussi lié à ce manque de concertation.

La crise que nous vivons nous montre l'importance de notre engagement dans ce débat. C'est à cela que nous invite Morin (13) – définir la voie à suivre, en reconnaître la complexité et la nécessité de la rediscuter infiniment. Dans son dernier ouvrage (27), il précise que si la politique ne peut créer le bonheur, elle peut favoriser et faciliter la « vraie vie », c'est-à-dire la vie dans l'épanouissement et la communion (27).

Outre la définition des finalités, le malentendu vient aussi d'un manque de clarté sur le *choix des moyens*. Les soignants sont immédiatement au service du patient et soupçonnent les gestionnaires qui en restent éloignés. Comment créer un cercle vertueux qui permette que la gestion soit au service du soin? Une première étape déjà proposée ci-dessus est de s'écouter. Le dialogue élargit la perspective de la crise et cherche des moyens d'action qui permettent de la dépasser. Il est encore tôt pour prédire tout ce que cette crise pourrait opérer comme changements dans le soin, les relations humaines, le rapport au collectif. Si certains soignants n'ont pas trouvé d'autres solutions que de désertier et de démissionner (28), d'autres cherchent une troisième voie, qui allie les contraintes avec des pratiques plus conviviales qui remettent en cause la gestion *top-down*. Ces questionnements viennent aussi bien des gestionnaires (29) que des soignants eux-mêmes, cherchant pratiquement à démocratiser, démarchandiser et dépolluer le monde de la santé, dans l'esprit du Manifeste Travail qui confirme que « l'ampleur de la crise que nous traversons crée les conditions favorables pour transformer en profondeur notre modèle de société » (30, p.13).

## CONCLUSION

Cette réflexion s'est proposée de croiser les perspectives d'une médecin et d'une philosophe pour dire et comprendre quelques enjeux éthiques de la crise pandémique et du prendre soin. Notre analyse identifie deux approches du prendre soin qui développent des logiques (la logique gestionnaire et la logique du care) ainsi que des perspectives éthiques (l'éthique de la décision et l'éthique de la relation) opposées en apparence. Cependant au-delà de ces apparences, le vécu des soignants rend compte d'initiatives qui cherchent à croiser et à concilier ces logiques et ces perspectives éthiques. Ainsi prendre soin en temps de crise invite à être créatif et à s'engager davantage parce que les repères et les habitudes sont bouleversés et parce que la crise est aussi une opportunité d'ouvrir de nouveaux possibles. La crise pandémique a brutalement remis en lumière la dimension politique du prendre soin en l'inscrivant au cœur des préoccupations sociétales. Les stratégies soignantes qui tentent d'associer la logique gestionnaire et la logique du *care* tissent des liens entre l'éthique décisionnelle et l'éthique relationnelle ainsi qu'entre différentes manières de concevoir le prendre soin dans une double perspective éthique et démocratique.

**Reçu/Received:** 23/04/2023

**Remerciements**

Nous souhaitons remercier Cécile Vander Meulen pour son aide.

**Publié/Published:** 21/06/2024

**Acknowledgements**

We would like to thank Cécile Vander Meulen for her help.

**Conflits d'intérêts**

Aucun à déclarer

**Conflicts of Interest**

None to declare

**Édition/Editors:** Vanessa Chenel & Aliya Affdal

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le [Code of Conduct and Best Practice Guidelines](#) de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#). Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

**Évaluation/Peer-Review:** Philippe Saltel, Joseph Rose-Myrlië, Herve Chneiweiss & Guillaume Durand

Les recommandations des évaluateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, être nommé comme évaluateur n'indique pas nécessairement l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de la [Revue canadienne de bioéthique](#) assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et de la publication d'un article.

Reviewer evaluations are given serious consideration by the editors and authors in the preparation of manuscripts for publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not necessarily denote approval of a manuscript; the editors take full responsibility for final acceptance and publication of an article.

**RÉFÉRENCES**

1. Molinier P. [Coronavirus : le soin n'est pas la guerre !](#) Libération. 19 mars 2020.
2. Tessier L. [COVID, la mort en FaceTime](#). L'Homme. 2020;2-3(234-2353):33-50.
3. Mino J-C. Soins intensifs. La technique et l'humain. Paris : PUF; 2012.
4. Zielinski A. [6. Une éthique de la décision](#). Dans : Bioy A, Van Lander A, Mallet D, Belloir M-N, éditeurs. Soins palliatifs. En 54 notions. Paris : Dunod; 2017. p. 40-45.
5. Zielinski A. [7. Une éthique de la relation](#). Dans : Bioy A, Van Lander A, Mallet D, Belloir M-N, éditeurs. Soins palliatifs. En 54 notions. Paris : Dunod; 2020. p. 45-50.
6. Bénézech J-P. [Qu'est-ce que vivre? ... Ou de la globalité des prises en charge médicales, individuelles ou collectives...](#) Droit, Santé et Société. 2020;2(2):41-8.
7. Caeymaex F. [Devant l'inégale valeur des vies : éthique et politique du triage](#). Ethica Clinica. 2020;98(2):35-43.
8. Ravez L. Comment la COVID a sauvé l'éthique des soins de santé? Dans : Byk C, éditeur. COVID-19, Tome 2, Reconstruire le social, l'humain et l'économique. Éditions ESKA; 2020. p. 95-106.
9. Hermesse J. Du silence et des ambulances : construction sociale d'une catastrophe autour d'un virus. Dans : Hermesse J, Laugrand F, Laurent P-J, et al., éditeurs. Masquer le monde : pensées d'anthropologue sur la pandémie. Louvain-la-Neuve : Académia-L'Harmattan; 2020. p. 55-72.
10. Fine M., Tronto J. [Care goes viral: care theory and research confront the global COVID-19 pandemic](#). International Journal of Care and Caring. 2020;4(3):301-9.
11. Leterme C, éditeur. [Panser la santé mondiale : points de vue du Sud](#). Alternatives Sud. 2022;29(3).
12. Brassard N. [COVID-19 et les retombées positives : l'autre côté de la médaille!](#) Ad Machina. 2020;4 :1241.
13. Morin E. [Pour une crisologie](#). Communications. 1976;25:149-63.
14. Laulusa L. [Un détour par la Chine pour penser autrement](#). L'Expansion Management Review. 2009;2(133):62-7.
15. Crépeau A. [Enjeu personnel, éthique et politique : des injonctions contradictoires dans les domaines professionnels du care](#). Revue française d'éthique appliquée. 2023;1(14):34-49.
16. De Gaulejac V. La Société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social: Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social. Paris : Éditions Seuil; 2009.
17. Holcman R. Chapitre 9. L'organisation ou le soin à l'origine de la souffrance des soignants hospitaliers? Dans : Holcman R, éditeur., La souffrance des soignants : Stress, burn-out, violences... du constat à la prévention. Paris : Dunod; 2018. p. 213-33.
18. Champy F. La sociologie des professions. Paris : Quadrige, PUF; 2012.
19. Dejours C. [À la source du care](#). Table ronde « sens et non-sens en soins palliatifs », journées d'étude Jeanne Garnier, Paris. 18 septembre 2020.
20. Ricoeur P. Parcours de la reconnaissance. Folio Essais; 2005.
21. Lo Giudice C. [Le philosophe apporte une précieuse capacité d'élucidation](#). Références. 19 septembre 2022.
22. Jousset D. [Chapitre 6. Kairos. Le moment de la décision en éthique médicale](#). Journal International de Bioéthique, 2014;25(2):111-35.
23. Tronto J. Un monde vulnérable. Pour une politique du care. Traduciton Maury H. La Découverte; 2009.
24. Tronto J. Caring democracy. Market, Equality and Justice. New York University Press; 2013.
25. Conseil de l'Europe. [La protection sociale en danger en Europe](#). Conférence des OING du Conseil de l'Europe, Commission des Droits de l'Homme. 31 mai 2013.
26. Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Points Essais; 2015
27. Morin E (Abouessalam S et al.). Changeons de voie : les leçons du coronavirus. Denoël; 2020.

28. Berwouts J, Durand C, Jouck P, Nkenné D, Steinberg P, Vivet V. [Suivi de la force de travail des médecins : nouveaux éléments et impact COVID-19 pour déterminer les quotas médecins 2029-2033](#). Cellule Planification des professions de soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement; 2023.
29. Jaglin-Grimonprez C, Triballeau C, Maringue G, Vie E. [Les délégations à l'hôpital](#). Gestions hospitalières. 2023;630.
30. Ferreras I, Battilana J, Méda D, éditeurs. Le Manifeste travail: Démocratiser, démarchandiser, dépolluer. Paris : Éditions du Seuil; 2020.