

L'ETHIQUE EN SITUATION PROFESSIONNELLE « DU SOIGNANT AU SOIGNE ET INVERSEMENT »

PROBLEMATIQUE :

Que recouvre l'Ethique lorsqu'on veut la définir par rapport à des situations professionnelles ? Est-ce un terme général ou particulier ? Les situations professionnelles considérées sont elles simples ou complexes ? Dans le cas de la relation soignant -soigné et dans le cadre précis des soins en périnéologie l'Ethique possède un paradigme spécifique.

INTRODUCTION :

1° Cas concret d'une situation professionnel complexe en périnéologie.

Concerne un quart des soins les plus fréquents en kinésithérapie périnéologique¹
Femme en post-partum² reprenant son activité professionnelle. Gênée par des dysfonctions de la sphère génitale. Ce cas réunit un désordre multifonctionnel : faiblesse de la musculature périnéale, douleurs à la station debout, risque de fuites (urine, gaz ou les deux) socialement déstabilisée par son accouchement et les désordres psychosomatiques y afférents.

2° Questions posées :

Quand doit-on commencer la prise en charge ? Comment réceptionner la patiente en respectant son intimité (sa culture et ses convictions religieuses éventuelles), trouver le langage approprié, faire dire le dommage intime mais aussi le retentissement social et dans le couple..

¹Périnéologie ou pélvi-périnéologie : terme plus général qui a succédé en kinésithérapie à –rééducation uro-gynécologique- trop restrictif. Il définit les éléments anatomophysiologique dont les dysfonctions induisent les troubles et les pathologies de l'ensemble lombo-bdomino-périnéal.

²Post-partum : période qui suit la naissance, considérée en France arbitrairement à 90 jours.

I – ETHIQUE ET RELATION SOIGNANT SOIGNE : un rapport paradoxal ?

1) La proximité du lien entre l'éthique et la relation soignant soigné

Définition de l'Ethique :

« C'est souvent un synonyme de morale, en plus chic. Mais si l'on veut les distinguer ? L'étymologie ne nous aide guère. « Morale » et « Ethique » viennent de deux mots –*ethos* en grec, *mos* ou *mores* en latin qui signifiaient à peu près la même chose (les mœurs, les caractères, les façons de vivre et d'agir). Si l'on veut pourtant se servir de ces deux mots pour penser deux réalités différentes c'est sans doute de prendre au sérieux ce que l'histoire de la philosophie nous propose de plus clair : Kant, parmi les modernes, est le grand philosophe de la morale et Spinoza de l'éthique » André Comte –Sponville –*Dictionnaire philosophique* p 218 : Puf. Plus précisément l'éthique est un ensemble de règles de conduite. Il faut plutôt parler de pluralisme éthique. Il y a différents "arts de vivre", différentes façons de faire sa vie, on parle alors de sagesse. On peut aussi distinguer l'éthique du croyant, l'éthique médicale et son code de déontologie, l'éthique du journaliste qui ne sont pas forcément des "arts de vivre" car ces éthiques ne concernent qu'un aspect de la vie.

A la différence de la morale universelle qui s'impose à tous (on doit faire son devoir, point final) l'éthique ne s'impose qu'aux personnes qui en ont fait leur façon de vivre ou de travailler. On peut quitter la foi chrétienne, et si le code de déontologie vous pèse on peut abandonner la médecine etc. En fait notre métier se situe entre science et éthique. H.ATLAN nous précise : « La science a pour objectif de découvrir les structures de la réalité, de connaître la nature des choses ; quand à l'éthique, elle se propose d'agir sur la réalité en la modifiant dans le sens d'un "plus grand bien" même si tous ne s'accordent pas nécessairement sur ce qu'est ce "plus grand bien" » « Les étincelles du hasard t.II, chap 1 Seuil, 2003 »

a- Cas de la pelvi-périnéologie.

Les techniques de soins et de prises en charge des troubles concernant la région lombo-abdomino-périnéale ont été juridiquement définies récemment. Le décret de compétence autorisant les actes exécutables fut en effet signé en 1985 (Décret EVIN).

Cependant, la définition juridique n'a fait qu'officialiser des soins et prises en charge en usage dans les hôpitaux et centres spécialisés depuis la fin des années 70.

Ne disposant pas, comme les médecins, d'un code de déontologie transcrivant dans les textes les convenances éthiques, les kinésithérapeutes s'en inspirent plus ou moins. Adaptant leur pratique à celle des médecins bien que les deux métiers aient d'importantes différences.

Le respect du code de déontologie et de l'éthique dépend du Conseil de l'Ordre des médecins (créé dans les années 40) qui en adapte l'évolution et en sanctionne les manquements.

La structure administrative des kinésithérapeutes est moins complexe. En effet, la loi créant la masso-kinésithérapie date de 1946. Cette loi a réuni des agents hospitaliers exerçant en centre de rééducation et dans les stations thermales pour la plupart infirmiers. Le statut issu de cette loi a fait des Masseurs –Kinésithérapeutes des auxiliaires médicaux soumis étroitement au « parrainage médical » en particulier à la prescription, porte d'entrée à la prise en charge. Progressivement et grâce à leur capacité d'innovation les kinésithérapeutes se sont émancipés de la tutelle médicale : allongement de leurs études (quatre années actuellement avec l'année préparatoire) augmentation des actes de leur compétence et volet de prescriptions notamment pour du matériel palliatif et d'outils d'aide à la rééducation pelvi-périnéale. Ce volet de prescriptions¹ a été une fenêtre vers des rapprochements avec les laboratoires pharmaceutiques qui produisent des substances en rapport avec les troubles rééduqués et des fabricants de matériel spécifique : sondes de stimulation intra cavitaires, générateur de courant etc.

Cette ouverture n'est pas seulement une possibilité de collaboration avec les producteurs, laboratoires et industriels. Dès lors que l'industrie trouve un intérêt à cette collaboration -le kinésithérapeute devenant prescripteur et donc source de profits potentiels- elle va demander aux leaders connus dans ce milieu de participer à la mise au point de leurs produits².

¹ Décret n°2006-415 du 6 Avril 2006 relatif au remboursement des dispositifs médicaux prescrits par les masseurs-kinésithérapeutes et modifiant l'article R 165 du code de la Sécurité sociale.

² Pour ce secteur et pour l'exemple citons : la convention de collaboration avec le laboratoire Technipharma au sujet d'une expérimentation en parallèle avec des patients traitées par rééducation colo-proctologique. Prévue sur 25 centres et concerne 300 patients année 2009-2010 -la convention de collaboration avec le Laboratoire COLOPLAST pour « Observatoire de l'impact de l'utilisation du livret – INCONTINENCE URINAIRE MASCULINE : AUTOREEDUCATION PERINEALE ACTIVE- et étuis péniens sur la qualité de vie. Cinq centres et 25 patients. Année 2008-2009

- le convention avec le fabricant de plateforme « SISMO-FITNESS » afin de contrôler l'incidence des oscillations induites sur le plancher du périnée des utilisateurs-trices par ce type d'appareil. Quatre centres et 40 patients générant 400 analyses de courbes électromyographiques de l'activité du plancher en tonus musculaire de base et de recrutement à l'effort. Année 2008

- Convention avec le laboratoire CODEPHARMA pour évaluation d'un matériel nouveau de stimulation intra cavitaire . Etude théorique et analyse électrophysiologique Années 2007-2008.

- Projet dit "Senior" dont le cofinancement est demandé aux Conseils Généraux , qui a pour objet l'information aux personnes âgées et aux personnels des institutions les hébergeant, des dommages et prises en charge de l'incontinence, en collaboration avec des laboratoires diffusant le matériel palliatif spécifique.. Le 91 notre Département est par exemple habité par 12000 personnes âgées demeurant en foyers logement ou Résidences pour PA (RPA) et un nombre , non connu, de personnes âgées en maisons de retraites privées ou au domicile. Années 2009-2010.

Les protocoles sont disponibles au siège de l'ARREP : faire la demande à Monsieur le Président de l'ARREP 2 Avenue du Mal De Lattre de Tassigny 91600 Savigny/orge.

Pourquoi l'éthique est-elle importante en pelvi-périnéologie ?

Dans cette effervescence de dispositions légales et technologiques élargies, on ne peut pas rester sur une réflexion éthique en décalage avec " l'air du temps" terme heureux du physiologiste Richard DAWKIN ou encore "L'esprit du temps" évoquée par H. ATLAN. (*Les étincelle du hasard* T 1 Seuil 1999) pour indiquer les variations dans le temps des modes et des pratiques scientifiques ou comportementales.

La relation soignant soigné est très différente selon la pathologie considérée. Un sportif avec une entorse de cheville, une personne âgée souffrant d'emphysème ou un bébé né avec un pied bot ne seront pas pris en charge de la même façon qu'une femme incontinente ou un homme souffrant de difficultés à déféquer.

L'approche du complexe lombo-abdomino-pelvien recouvre, on l'a dit, des dysfonctions éminemment secrètes et couvertes de tabous.

La stratégie de la réception du patient, de l'interrogatoire, du bilan clinique, de l'explication pour le consentement éclairé, nécessite une profonde réflexion en amont qui déborde la cadre d'une simple stratégie de soins.

b -Cas de situations éthiques simples

En périnéologie

Bien que les dysfonctionnements urinaires, fécaux ou sexuels soient le plus souvent accompagnés de problèmes psychosomatiques, ceux-ci peuvent être marginaux et (compte tenu de la brièveté moyenne de la prise en charge qui est de dix séances) écartés lorsque le soignant les juge, en première analyse, peu influents sur le trouble dont se plaint le patient.

On peut décrire dans ces cas ou la situation éthique ne pose pas de problème : la situation des jeunes femmes le plus souvent averties par les magazines féminins ou par les sages-femmes et qui ont (pour une bonne moyenne) une information suffisante sur le fonctionnement de leur corps.

Les femmes qui vont régulièrement consulter leur gynécologue et qui reçoivent les réponses pertinentes à leur interrogation.

Les hommes qui ont eu la chance d'avoir une information avant une intervention (résection) sur la prostate.

Les femmes affectées par une incontinence d'effort "de novo", bien investiguée médicalement et dont la rééducation en première intention améliorera ou guérira le dommage

2) L'Éthique en situation professionnelle complexe.

a- En périnéologie .

Nous avons déjà vu (cf. supra Introduction p 1§ 1) un cas ou la situation professionnelle est complexe. Le positionnement éthique est en question et le soignant doit prendre le recul nécessaire afin d'y réfléchir. D'autres cas complexes émailleront la carrière professionnelle, par exemple :

- Patient devant subir une ablation totale de la prostate (prostatectomie radicale) entraînant un risque d'incontinence et de dysrérection. Ou après l'intervention.

- Patiente en préopératoire d'une réfection périnéale importante avec hystérectomie (perçue comme une amputation) et les risques de dyspareunie rendant le rapport sexuel angoissant. Ou après l'intervention.
- Intervention colrectale et incontinence fécale associée.
- Prise en charge d'enfant énurétique (perte involontaire d'urine) ou encoprésique (souillure fécale et donc odeur suspecte autour de l'enfant).

La morale et l'éthique sont en permanence un souci majeur dans notre pratique.

Très tôt dans sa formation l'élève se trouve devant le problème qu'il aura à résoudre chaque jour c'est-à-dire son rapport avec son propre corps et celui du ou de la patiente.

En effet le champ opératoire est le corps nu. Nous travaillons là où d'autres prennent du plaisir, nous travaillons là où d'autres enfantent, urinent et défèquent.

La vision et le toucher de cet endroit nous ramènent immédiatement à notre propre histoire.

Ludwig WITTGENSTEIN disait " L'être humain ne montre pas ordinairement son corps et quand il le fait c'est tantôt avec crainte, avec pudeur ou dans l'intention de fasciner" et il ajoutait "Il est honteux de devoir se monter comme une outre vide qui serait seulement gonflée d'esprit"¹ or, depuis SPINOZA et avec les neurosciences on sait que le corps- esprit forme une seule entité.

On voit aussitôt le paradoxe. Le miroir du corps-esprit du soignant reflète le corps-esprit du soigné. La blouse du soignant ne devra pas être un simple drapé d'honorabilité mais bien une barrière réflexive (une réflexion de la réflexion)².

Mais l'éthique en rééducation pelvi-périnéologique n'est pas qu'une relation directe corps à corps, la réflexion porte également sur la protection de l'intimité de la personne soignée.

Disposition de la cabine de déshabillage, situation du lieu de l'examen, disposition du mobilier de travail.

Réflexion sur les règles d'hygiène³.

Se rappeler que notre devoir est avant tout d'apporter du soulagement au niveau de la plainte du patient.

L'ultime précaution étant que cette plainte corresponde à nos propres observations et mesures sans parler de nos compétences, car les divergences sont sources d'erreurs d'aiguillage.

Ne pas séduire, ni se laisser séduire ce qui suppose de bien délimiter le champ d'intervention et de définir en commun les moyens pour y parvenir.

Réflexion sur la relation avec les autres membres du cabinet ou de l'établissement afin d'éviter toute équivoque.

Des réunions d'information seront le cas échéant décidées afin que l'ensemble du personnel soit informé de la nature des soins dispensés.

Le thérapeute ayant une position forte dans la spécialité devra corriger soit personnellement soit par l'intermédiaire de son Association, Syndicat ou Ordre, les informations erronées diffusées par voie de presse. Si besoin, il participera aux diverses colloques et réunions administratives susceptibles de modifier sa pratique.

Des événements récents⁴ ont montré combien la vigilance était indispensable.

Le thérapeute rééducateur est donc porteur de la responsabilité technique et éthique de sa spécialité envers la société.

¹ L.WITTGENSTEIN. [1] L.WITTGENSTEIN, Ludwig. Philosophe et mathématicien Autrichien.1889-1951 auteur de Tractatus logico-philosophicus et Investigation philosophique. Cité par Richard Dawkins et H.Atlan cf supra p2 §1

² Au cours des premières années de sa pratique, le thérapeute apprend son propre corps. Soit parce qu'il expérimente lui-même les gestes (empiriquement) qu'il imposera à ses patients, soit par le miroir de ses mains touchant le corps de l'autre.

" mais la connaissance de soi est plus qu'un savoir de quelque chose, même si on peut dire des choses, elle est plus qu'un savoir faire, même si elle implique évidemment de nombreux savoir faire. La connaissance de soi implique plutôt un savoir-vivre ou un vivre savoir au sens où ce qui est connu c'est le vécu de l'être qui connaît" H.ATLAN, *Les étincelles du hasard* T 1 Seuil 1999 p 96.

Comment alors, et si la réflexion de notre thérapeute aborde cette connaissance, ne pas dire qu'il est dans le respect de l'éthique

³Pour plus de détails voir à ce sujet l'excellent article de S.GALLIAC-ALAMBARI en ligne sur www.journees-perineologie.com rubrique infos générales titre : *Hygiène dans la pratique du kinésithérapeute en pelvi-périnéologie*.

⁴Le Ministère de la Santé a demandé la transmission d'un rapport diligenté par l'ARREP et effectué par un laboratoire indépendant sur un générateur de courant embarqué (intra cavitaire) ce qui souligne que l'activité de contrôle par des professionnels compétents est d'une grande importance. Rapport non publié.

II – VERS UNE ETHIQUE ADAPTEE AUX SITUATIONS PROFESSIONNELLES COMPLEXES

Propositions de solutions

a) En périnéologie

1 – La formation.

Compte tenu du cursus universitaire actuel il ne paraît pas possible d'élargir le programme d'étude initial. Officiellement l'enseignement de la pelvi-périnéologie comprend 8 à 12 heures de cours magistraux dispensés dans les Instituts de Formation en Kinésithérapie (IFMK). Ensuite 30 heures de stages hospitaliers sont, en principe, obligatoires. C'est donc un enseignement de sensibilisation mais non de réelle formation qui est prévu dans les IFMK.

On doit aussi considérer la particularité de la rééducation pelvi-périnéale qui nécessite pour être exercée un personnel mature, aguerri, déjà expérimenté et maîtrisant parfaitement les outils techniques. En effet les protocoles de stimulation sont réalisés au moyen d'outils intra cavitaires dont le réglage est délicat. Une solide formation théorique est indispensable.

De nombreux confrères une fois diplômés peuvent se former en étude post-universitaire (EPU) aidés par des prises en charges financières syndicales (FAF ou FIF PL) dans le meilleur des cas. Mais l'enseignement par ce biais n'est pas égal ni qualitativement ni quantitativement. Les formateurs n'ont pas de reconnaissance officielle. Enfin, certaines officines privées commercialisant des instruments nécessaires à la rééducation, profitent de l'ignorance naïve et du coût (sacrifié généreusement), prétendent former les confrères à ces techniques. Ces officines escomptant récupérer leur générosité par la vente de leur matériel.

Il convient donc de réunir les instances professionnelles reconnues compétentes et les pouvoirs publics afin de mettre en œuvre les formations théoriques et pratiques. Un des axes possibles est la constitution de réseaux tel que l'ARREP¹ qui comprend une commission sur l'enseignement capable de formuler des propositions. Ce réseau, interface hospitalier, secteur privé, secteur industriel et Institutions de tutelle (Ministère de la Santé et Caisse Nationale d'Assurance Maladie : CNAM) est susceptible de réunir les acteurs concourant à la santé et au bien être de nos concitoyens.

¹ l'ARREP, Association Réseau en Rééducation Périnéale, loi 1901, siège Social 2 Ave Mal De Latre de Tassigny 91600 qui pilote les projets cité en p2 et 3 note 2 et dont les statuts autorisent entre autre la formation et l'information. Voir ses publications scientifiques www.journees-perineologie.com et son site administratif www.arrep-fr.org

2 – Le suivi du savoir.

Il est étonnant qu'un professionnel puisse exercer 30 ou 40 ans sans jamais aller remettre à jour ses connaissances. Pourtant c'est souvent (hélas) le cas.

La convention liant la CNAM et les professions médicales et paramédicales offre des avantages certains à ce secteur qui, pour être dit libéral, n'en est pas moins soumis à des obligations conventionnelles¹.

Dès lors on pourrait rendre obligatoire des sessions de mise à niveaux périodiques.

Le réseau ARREP travaille sur un bilan clinique partagé et informatisé qui, selon la charte liant le réseau aux adhérents, doit être scrupuleusement renseigné et transmis.

Le bilan permet une étude longitudinale qualitative et quantitative des traitements effectués.

Régulièrement chaque adhérent reçoit l'analyse des bilans et peut ainsi comparer les évaluations et résultats du travail commun au réseau. A moyen terme il peut apparaître des variations caractéristiques de l'efficacité d'une technique par rapport à une autre, et donc de susciter un questionnement sur sa propre pratique et provoquer un feedback.

Le réseau par l'intermédiaire de son site et par ses lettres d'information sensibilise, fait état des recherches en cours, informe sur les nouveautés et propose des formations. En outre, les plus expérimentés acceptent de parrainer les confrères pour des périodes d'apprentissage ou de perfectionnement.

Le réseau par ses statuts, dispose d'un groupe de travail sur l'enseignement et son suivi, il a constitué également un Comité d'Éthique qui donne son avis sur le sens de notre action tant du point de vue de l'enseignement que sur l'objet et les moyens des recherches entreprises, en son nom, par ses adhérents.

Ainsi des projets de recherches sont refusés car non-conformes à notre éthique ou trop éloignés de son objet. Récemment notre comité d'éthique a fait savoir à un grand laboratoire, que la production d'un outil de rééducation ne répondait pas à notre cahier des charges et en a demandé la rectification.

Parallèlement, ce Comité d'Éthique comprend un représentant du Conseil de l'Ordre des Kinésithérapeutes nouvellement créé et qui va pouvoir transmettre les propositions du réseau concernant la déontologie et l'éthique.

3 – La technologie instrumentale.

Le fait précédent (critique et refus argumenté d'un outil) n'est pas isolé. Le décret

(voir supra p2 note 1) autorisant les kinésithérapeutes à prescrire un certain nombre d'outils a aiguisé l'appétit des producteurs de ces outils. Ce sont nos partenaires, certes, mais nous formons avec les patients un couple expérimental incontournable. C'est donnant donnant mais dans le respect du patient et de l'éthique.

Les professionnels que nous sommes doivent, à ce propos, avoir une réflexivité documentée et travailler en groupe plutôt qu'individuellement.

Nous ne soignons pas des graphiques, des courbes, des instruments de mesure ou des générateurs de courant ! mais des personnes humaines.

La magie de la technique, les formules abstraites, les incantations n'agissent pas sur les effets pathologiques. On peut toujours répéter la loi d'ohm : $U=R.I$ deux cents fois sans obtenir la moindre amélioration

(Quoiqu'il existera toujours un effet magique appelé placebo).

Rien ne remplacera jamais la méthode expérimentale.

L'éthique de l'instrument est une éthique scientifique. La conduite de la réception du patient, de l'écoute attentive, du bilan clinique, font partie d'une procédure expérimentale adaptée au patient et au temps qui passe (l'air du temps) porteur d'innovations et de corrections. L'instrument est alors une aide, un complément, un moyen de mesure. Il ne remplace pas la réflexion et la recherche des raisons des dysfonctions dont se plaignent les patients. La décision de soins doit découler de cette réflexion soumise à l'approbation éclairée du soigné.

¹Dans les faits le rééducateur kinésithérapeute n'a pas la libre réception du patient ni la liberté d'imposer ses honoraires. Il est soumis à la prescription médicale. Il est, en quelque sorte, le client des organismes sociaux qui remboursent les soins.

OUVRAGES CONSULTÉS :

A.BOURCIER (1989)- *Le plancher pelvien*. Vigot et *Dysfonction du plancher pelvien* Elsevier 2 tomes 2005

S.PLEVNIK et al: (1986) –Short-term electrical stimulation: home treatment for urinary *incontinence*. World J Urology 4:24short

M. FALL (1977) - *Electrostimulation cure urinary incontinence?* J.Urol 15:65

J.P.DENTZ (1989)- *Le plancher pelvien*. Vigot

A.MAMBERTI-DIAS, G.PHILIPPE, MC.CAPPELLETTI, G.DE BISSCHOP (1999) Rééducation du plancher pelvien. *Conduite pratique de la rééducation périnéale*. 124p Sugar.Ed

MC.CAPPELLETTI. (1996) Méthodologie de l'essai de reproductibilité des outils de la rééducation périnéale. *Nos Outils*. www.journees-perineologie.com.

H.COLANGELI-HAGEGE (2006/2007) Pudeur, dignité et rééducation périnéale et

Autonomie et intimité. *Ethique. Habiter son corps*. Master de philosophie pratique Université de Marne la Vallée (2007)

L.POUMARAT. (2006) L'éthique et l'enfant *Ethique*. www.journees-perineologie.com.

J. Y.CAZADEPAX (2007) De l'intérêt des Sciences Sociales et Les Sciences humaines et sociales et la formation des professionnels de santé. *Sciences Sociales*. www.journees-perineologie.com.

S.GALLIAC-ALANBARI (2005 réédition 2008) *Rééducation féminine, mode d'emploi* R.Jauze et *Hygiène dans la pratique du rééducateur en pelvi-périnéologie* www.journees-perineologie.com.