

ÉTHIQUE DU TOUCHER SOIGNANT

CHRISTOPHE PACIFIC, PH. D.

Philosophie

Cadre supérieur de santé, Centre hospitalier d'Albi

École éthique de la Salpêtrière

christophe.pacific@orange.fr

Il y a peu de temps, un article faisait le *buzz* sur Internet. Il s'agissait d'un patient, Monsieur M.* qui témoignait de son long séjour hospitalier :

Je me souviens de A.* qui, la seule, m'a offert de me faire un massage des pieds. Comment la remercier alors que tout ce qui avait touché mon corps pendant toutes ces semaines n'était que douleur et souffrance?

...

Je me souviens de cette autre qui m'a lavé la tête pour la première fois après deux mois, après tant de fièvre...¹

J'ai bien vérifié que cet article ne datait pas du XIX^e siècle... mais non ! Il s'agissait bien d'un témoignage très contemporain. Comment cela pouvait-il se faire ? Après toutes ces démarches qualités, ces certifications qui obligent à mettre en œuvre des plans de bientraitance, après toutes ces injonctions de prendre soin, de *cure*, de *care* et d'humanité... Il fallait bien se rendre à l'évidence, le soin reste dans la plupart des cas, un moment douloureux ou pour le moins désagréable. En tout cas, nous sommes très loin d'adjoindre au concept de soin la notion de plaisir. Le soin reste donc une rencontre dont le souvenir ne se caractérise pas chez le patient par un goût de « revenez-y » !

Nous devons nous plier au fait que nous cherchons aujourd'hui de plus en plus l'efficacité thérapeutique, nous attendons des résultats, une forme de rentabilité du soin. La diminution de la durée moyenne de séjour ne cherche pas le confort du patient mais l'optimisation des lits hospitaliers. Par ailleurs, il convient que notre système de santé puisse répondre au mieux aux besoins de la population. Nous en venons à nous satisfaire d'un soin de l'ordre du moindre mal, un compromis entre le meilleur résultat attendu en un minimum de temps. Le risque de cette politique utilitariste pourrait nous mener à confondre le moindre mal avec le normal. Dans ce cas, la médiocrité deviendrait la norme et le seuil acceptable de ce que nous appellerions la qualité aurait baissé d'autant.

Il y a toutefois des territoires soignants que nous ne pouvons pas céder à la médiocrité sans quoi le sens même de nos professions se perdrait. Il nous appartient donc de résister sur des barricades essentielles à la construction de nos professions. C'est ce que fait courageusement un soignant quand il propose, en dehors de son plan de soin, un massage ou un shampoing. Ces gestes ne sont pas à visée thérapeutique, ils ne font pas l'objet d'une prescription médicale, ils cherchent juste à procurer une parenthèse, un peu

de bien-être et par ce moyen une notion de plaisir à des patients qui subissent trop les douleurs et les souffrances de la pathologie qui les affecte. Cette proposition de soin de confort et de plaisir reste trop encore à l'initiative individuelle du soignant et est totalement aliénée à sa charge de travail. Le soin de confort a droit de cité uniquement quand le soin prescrit est exécuté et que les charges annexes sont accomplies. S'il reste un peu de temps, si le soignant est formé aux techniques du toucher-massage et si le système a approuvé ce genre de démarche, le soignant pourra alors proposer un soin d'un autre genre: un soin de bien-être.

À ce stade, rien n'est encore joué, car la seule intention de vouloir bien traiter un patient ne suffit pas. Les gestes qui se veulent rassurants, calmants, aidants, aimants ne se suffisent pas à eux-mêmes et c'est bien à cet endroit qu'il convient de mesurer le sens que nous mettons dans ces gestes « touchants ». L'intention de bien peut avoir des conséquences désastreuses et le soignant doit absolument prendre en compte ce risque, sans quoi le statut même de soignant ne serait pas accompli.

Si certains territoires du soin sont oubliés voire inconnus, ils restent à explorer et à nous les réapproprier, notamment quand nous voyons l'importance que peuvent prendre pour un patient un shampoing ou un massage des pieds. L'enfer est pavé de bonnes intentions et il est essentiel de s'assurer de l'innocuité des intentions soignantes, juste pour la simple et bonne raison qu'elles puissent rester soignantes!

LE CONSTAT DE LA VULNÉRABILITÉ

Le constat de la vulnérabilité d'autrui est bien ce moment éthique par excellence. Ce constat est moralement déterminant sur notre posture professionnelle, c'est en effet de lui que va dépendre notre attitude et c'est par lui que nous devenons ce que nous devons être: des soignants.

La vulnérabilité en tant que concept de soin mérite toute notre attention, une attention en termes de vigilance professionnelle, bien entendu, mais aussi une attention supérieure comme cible majeure de nos professions. Cette attention consiste à savoir la débusquer, la cerner, l'accepter comme une obligation morale. Il convient de la connaître, de la côtoyer, de la pratiquer pour ne jamais la négliger. Cette vulnérabilité est constitutive de notre humanité, car, à cet endroit, se situe notre misère et notre puissance, nous sommes construits sur un vide!

« Le sujet est seul parce qu'il est un. Il faut une solitude pour qu'il y ait liberté du commencement... » nous dit Emmanuel Levinas¹. Cela pour dire que la solitude n'est pas qu'un désespoir ou un abandon, elle est aussi ce qui permet d'exister, une dignité, une souveraineté. Le constat de la vulnérabilité d'autrui commence par la disponibilité du soignant à appréhender la solitude du patient. Cette disponibilité de conscience est précieuse, elle est le fondement de nos professions. Le système de santé actuel nous contraint de plus en plus à mobiliser une énergie supérieure pour accéder finalement... à l'essentiel. Curieusement nous reléguons l'important après l'urgent mais je ne suis pas convaincu que cela soit une bonne opération.

Les cosmogonies africaines sont, pour la plupart, construites sur un dualisme qui dit que l'être complet est double. La naissance parfaite étant celle de jumeaux, les autres naissances ne donnant jour qu'à un seul enfant, plus courantes, obligent l'être seul à chercher à se re-jumeler tout le long de sa vie pour retrouver sa moitié perdue. Dans cet esprit, la solitude du patient comprise comme force de sujet mais aussi comme vulnérabilité signifiée par le manque de santé, pourrait trouver, chez le soignant, une réponse en termes de posture morale professionnelle et humaine pourvoyeuse de sens aux deux protagonistes.

Au regard des éléments de la nature, nous sommes, nous humains, les êtres les plus vulnérables. L'homme est celui qui, en termes de protections naturelles, se trouve le moins bien nanti. Les philo-

sophes n'ont eu de cesse de constater ce paradoxe : naturellement hyper-vulnérable, l'homme peut se révéler aujourd'hui comme le plus grand prédateur de la nature. Revenons donc sur ce paradoxe, par la lorgnette de la mythologie grecque et précisément par le mythe d'Épiméthée extrait du Protagoras de Platon² qui, à mon sens, éclaire parfaitement cette notion de vulnérabilité.

Alors, revenons à l'essentiel, au moins pour un instant, dans le secret espoir que cela devienne urgent et important...



LE MYTHE D'ÉPIMÉTHÉE

« Il fut un temps où les dieux existaient et où les êtres mortels n'existaient pas. Quand le destin exigea leur existence, les dieux les formèrent dans le sein de la terre les composant de terre et de feu³. » Nous n'étions donc là que très peu de chose... Quand les dieux furent sur le point de les faire paraître à la lumière, ils chargèrent Prométhée et Épiméthée du soin de les orner, et de pourvoir chacun d'eux de qualités convenables. Épiméthée conjura son frère de lui laisser faire cette distribution. « Quand je l'aurai faite, dit-il, tu examineras si elle est bien. ». Prométhée, bien que responsable devant le Grand Patron, y consentit et son frère commença à faire le partage :

il donne aux uns la force sans vitesse, compense la faiblesse des autres par l'agilité ; arme ceux-ci, et aux autres qu'il laisse sans défense leur octroie des ailes ou une demeure souterraine. Des griffes aux uns, une peau épaisse, voire des carapaces aux autres, une fourrure à certains et un sang froid à d'autres. Des cornes, des sabots, des crocs et toutes ces qualités qui servent à chacun à se préserver des dangers, des saisons, des prédateurs...

Épiméthée (« Imprévoyant » en grec) ne s'aperçut pas qu'il avait épuisé toutes les qualités quand l'homme apparut nu, sans chaussures, sans vêtements, sans défense. « Un bipède sans plume » dit Platon dans un autre dialogue pour souligner cette vulnérabilité et cette exposition majeure aux dangers naturels. Prométhée, ennuyé par cette mission incomplète, décida de s'infiltrer dans l'Olympe pour subtiliser le Feu dans la forge d'Ephaïstos et les Arts dans la chambre d'Athéna. Il avait aussi prévu de ramener l'Art de la Politique mais là, vous aurez compris qu'il échouât...

Néanmoins le feu et les arts (*tekhnè* en grec qui donna technique) permirent aux hommes de s'organiser et de fabriquer des outils, des armes, des abris, des vêtements afin de se protéger et de pallier leur vulnérabilité naturelle. Depuis ce temps, l'homme ayant donc quelques parts aux avantages divins (le Feu et les Arts), il croît et se multiplie oubliant sa vulnérabilité si bien qu'il se pose parfois en maître et possesseur de la nature comme le proposait Descartes. Il suffit ainsi que la maladie nous rattrape, nous allonge dans un lit d'hôpital pour retrouver rapidement cette vulnérabilité constitutive et cette incomplétude, seul, faible, à la merci de la moindre prédation. Le prédateur intrinsèque comme la maladie n'est peut-être pas le plus dangereux. Il en est un qui porte le masque du bien mais qui peut nuire au plus haut point. Il s'agit d'un soignant pétri de bonnes intentions mais qui ne s'enquiert pas de savoir si son idée de bien faire correspond bien à celle du patient.

La rencontre humaine, voilà une affaire qui occupe pleinement la situation de soin :

- Elle peut réussir et offrir un bénéfice aux 2 protagonistes ;
- Elle peut aussi ne bénéficier qu'à un seul voire à aucun des deux : alors la rencontre s'inscrit dans un rapport de pouvoir généralement nocif et potentiellement délétère. La bêtise à ce stade n'est jamais très loin de l'affaire, qu'elle soit innocente et inconsciente du danger ou qu'elle soit nocive et plus sclérosée dans des formes qui peuvent hélas aboutir à des gestes définitifs.

Réussir la rencontre reste un objectif éminemment soignant. Vu que le soignant ne peut rarement exercer son art sans toucher autrui, il convient d'intégrer cette relation tactile comme élément *sine qua non* du soin lui-même. Rien, à ma connaissance, n'est structuré dans les formations initiales pour parler de la relation par le toucher :

- Pourquoi toucher ?
- Comment toucher ?
- Le toucher technique est-il codifié ?
- Le toucher affectif est-il codifié ?

Ces questions en amènent inévitablement d'autres. Si nous ne savons pas comment nous devons toucher autrui, il y a peu de chances que nous sachions *a priori* si nos actions « touchantes » ont un bénéfice direct sur autrui. La vulnérabilité d'autrui ne se situe pas exclusivement à l'endroit de la cible de l'acte de soin. Cette vulnérabilité peut très bien se décaler et se situer là où nous ne l'attendons pas forcément. De ce fait, l'impact de notre contact peau à peau peut louper la cible cherchée et en atteindre une autre qui n'était pas visée.

Il faudrait alors compter sur une bienveillance *a priori* vingt-quatre heures sur vingt-quatre de la part de tous les soignants... Ce serait gager d'une posture indéfectible du soignant, cela reviendrait à penser une bienveillance immanente dans les structures de soins. Simplement avec sa blouse blanche, un voile de sainteté habillerait le soignant ! Il suffirait donc qu'il la revêtît ? Quelle sottise ! Nous ne sommes pas dans le monde des BISOUNOURS...



UN PARFUM DE *PHARMAKON*

Il y a dans le toucher soignant la même chose que l'on trouve dans le *pharmakon* : une ambivalence entre le remède et le poison... il convient donc de trouver la bonne dose ! La signification du mot grec *pharmakon* peut très vite s'inverser : remède à un mal défini ou poison capable de détériorer plus avant une situation. Le *pharmakon* (au sens de Derrida) est antérieur à toute discrimination, toute différence. Il n'a pas d'essence stable, au contraire il est insaisissable, car il ne correspond pas à une idée définie. Il est en même temps l'idée et l'autre de l'idée, un élément non idéal, caché. Derrida nous dit qu'il n'est pas l'unité des contraires pour la seule raison qu'il n'a pas encore formalisé les contraires. Il contient en lui des possibles que l'inexpérience ne permet pas de gouverner et que l'expérience n'utilise qu'avec prudence, connaissance et humilité. À la fois remède et poison, il est porteur d'une puissance de transformation. Ce n'est pas un élément ni un composé d'éléments, c'est un milieu ambivalent. Le geste soignant porte en lui ce remède et ce poison. Il me paraît donc essentiel de nous poser un instant et de construire, sinon le remède, en tout cas un geste touchant qui ne soit pas un poison. Pour ce faire, j'invite à une voie de non-malfaisance, à une posture morale qui tend à assurer à cet Autre vulnérable dont nous avons la responsabilité, une réflexion soignante digne de ce qu'est le soin : ce que l'homme peut offrir de meilleur.

Sans formation, sans réflexion collective, sans expérience, et surtout sans évaluation des pratiques, le soignant s'interdit ou s'expose entre l'excès et le défaut mais en loupant trop souvent le geste juste. Quand un soignant s'interroge seul sur la qualité du Toucher, on peut voir sourdre le meilleur comme le pire.

LA VERTU SELON ARISTOTE: UNE JUSTE MESURE ENTRE UN EXCÈS ET UN DÉFAUT

Pour réussir le geste juste entre la distance que je propose à autrui et celle qu'il m'accorde, ce geste devra être vertueux.

Revenons un instant sur un maître-livre d'Aristote il s'agit d'*Éthique à Nicomaque*⁴. Il y explique ce qu'est une vertu. La vertu reste pour les philosophes grecs antiques la voie même du bonheur, ni plus, ni moins. Elle permet l'équilibre de l'âme par l'ataraxie, un état paisible sans excès ni défaut. La vertu est donc cette pratique de comportement qui consiste en l'habitude de cet agir. Elle s'inscrit dans une *praxis*, c'est à dire une volonté de pratiquer la vertu pour la vertu elle-même. Nous en avons retenu l'esprit par des formules aristotéliennes comme «c'est en forgeant que l'on devient forgeron» qui illustrent parfaitement la vertu. De la même façon nous trouvons dans le texte une autre formule qui dit qu'«une hirondelle ne fait pas le printemps». Cette dernière formule invite à ne pas se contenter d'un acte vertueux isolé, car il ne nous conférerait pas le statut attendu. Un acte héroïque peut faire de l'homme un héros mais il n'en fait pas forcément un homme vertueux. C'est bien la leçon d'Aristote. Achille, Hector et Ulysse ne sont que des héros de la guerre de Troie. Leurs actes guerriers ont-ils fait d'eux des hommes heureux? Certainement pas! Ils cherchaient l'honneur plus que la vertu.

Le soignant aura donc plus d'avantages à pratiquer la vertu qu'à courir les chimères... Le geste juste doit passer aujourd'hui par plusieurs filtres :

LE FILTRE DE LA RÉFLEXION ÉTHIQUE

Il est temps qu'une réflexion soit intégrée dans les programmes de formations initiales autour du toucher, du geste juste. Avant d'attirer les diatribes sur mon discours, je tiens à préciser que bien entendu des réflexions sont déjà en œuvre autour de

la communication, de l'éthique, des échanges non verbaux de la manutention, des gestes techniques, etc. Simplement, je veux ici attirer l'attention des instances ministérielles à propos de la nécessité d'inclure l'éthique du toucher dans les programmes de formation, car, aujourd'hui encore, les soignants se débrouillent avec leur histoire, leurs connaissances, leurs représentations de l'autre et la meilleure façon de le toucher. Ils ont un *pharmakon* dans les mains et il suffit d'interroger les patients qui expliquent très bien certaines différences sur la façon d'être touché entre un soignant et un autre. Si certains ont déjà en eux le remède, d'autres hélas utilisent quelques fois le poison... Par la réflexion fondamentale d'une éthique du toucher il est essentiel de mettre en question cette relation de contact qui pourrait bien se révéler être, pour reprendre une expression galvaudée, le cœur même de notre métier. La formation universitaire a ici une opportunité d'inscrire le soin comme une discipline à part entière en mettant en avant un enseignement digne de notre humanité. Cet enseignement, au-delà d'une science médicale permettrait d'ériger définitivement le Soin sur la qualité du vivre-ensemble. Le toucher soignant pourrait alors se décliner en termes thérapeutiques, bien sûr, mais encore plus fondamentalement sur la recherche d'un soin de bien-être. Ce dernier ne viserait pas un bénéfice thérapeutique mais bien un plaisir tout court! Cet acte ÉMINEMMENT soignant est encore pensé comme «hors des clous» peut-être parce qu'il n'est pas prescrit par un médecin? Peut-être aussi parce qu'il n'est pas pris au sérieux (un massage des pieds, honnêtement, hein...?). Il est certain que faire une prise de sang, mettre une sonde gastrique, ça oui, c'est sérieux! C'est sûr aussi que s'il fallait coter un shampoing ou un massage du poignet, ça n'arrangerait pas le trou du déficit de l'assurance maladie.

LE FILTRE DE L'EXPÉRIENCE

Je ne touche pas une personne aujourd'hui comme je les touchais il y a trente ans. Ici, le poids des années est un atout et l'expérience en termes de *praxis* permet d'ajuster avec plus de précision le geste à autrui. Cette chance et ce savoir d'expérience doit faire l'objet d'une transmission puisque c'est justement en cela que nos métiers de soignants trouvent leur ancrage. La propension à toucher facilement autrui n'est pas qu'un avantage et il faudra freiner certains individus quand d'autres auront besoin de diminuer la distance avec la personne soignée. La *praxis* du toucher doit inclure le doute dans ses intentions. En effet, le doute permet de remettre en question ses propres logiques en les faisant passer au second plan pour prioriser la meilleure logique à mettre en œuvre avec tel ou tel patient. Dès le moment où l'on se préoccupe d'autrui pour savoir si en première instance notre intention ne va pas lui nuire, le geste va alors s'ajuster pour s'assurer que son incidence sera positive. Toutefois, il ne suffit pas non plus de se calquer sur la seule logique du patient. Certains vont imposer aux soignants des distances compliquées à gérer, par exemple quand une personne âgée va s'agripper et ne pas lâcher le soignant. Certains autres, atteints de pathologies dégénératives vont avoir des réactions violentes et tenter de frapper, de gifler et de griffer ou au contraire d'êtreindre, de caresser, d'embrasser...

Je crois que nous prenons davantage conscience de la difficulté du geste touchant vers le patient quand une pathologie ou des troubles de la conscience sont identifiés. Ces maladies nous mettent en garde et nous savons qu'il convient d'accompagner le geste de prudence, de tempérance, quelques fois de courage et de toujours viser un geste juste.

Ces connaissances soignantes sont un trésor cognitif mais le bénéfice de ce type de transmission ne se fait hélas que trop souvent par affinité, entre soignants qui partagent la même forme de sensibilité. Des soignants formés pour le toucher-massage vont avoir à cœur de transmettre ce savoir à un autre

soignant ou à un étudiant qui se rapproche d'eux pour mieux comprendre leur expertise. La plupart du temps ces trésors restent encore trop souvent bien gardés à l'ombre d'une forme d'intimité soignante.

Cette connaissance protéiforme ne facilite pas son enseignement et sa transmission passe aussi par la culture du lieu et des acteurs. Un milieu sensible au geste juste va développer plus simplement une culture et des postures soignantes attentives aux effets du toucher soignant. Des formations doivent être mises en place, suivies, diffusées et transmises aux équipes de soins.

Par contre, un groupe maltraitant va aussi hélas faciliter la désinhibition des nouveaux acteurs et normaliser des gestes maltraitants. C'est dans cette maltraitance ordinaire que l'on peut reconnaître l'installation de la banalité du mal.

Par conséquent, il incombe à chaque établissement de mettre en œuvre un dispositif actif s'assurant d'une réflexion éthique sur le geste juste pour évacuer le risque de la banalité du mal institutionnel. L'établissement doit pouvoir permettre, faciliter et formaliser la transmission de ce savoir afin de mettre en place une culture éthique. Les responsables doivent ainsi pouvoir répondre à la question suivante : « Comment pouvons-nous être certains qu'un soignant seul dans une chambre avec un patient va avoir une attitude digne et des gestes justes ? »

LE FILTRE DE L'ÉVALUATION

Il ne suffit pas de mettre en œuvre un plan de formations, d'inscrire au projet d'établissement les meilleures intentions du monde pour qu'une culture se déclenche. Il faut aussi être capable de dire si elle existe et, de ce fait, montrer la trace de cette culture. L'évaluation passe aujourd'hui par notre capacité à « dire ce qu'on va faire, à faire ce qu'on a dit et à montrer ce qu'on a fait ». Cette phase est essentielle et c'est elle qui permet de construire et de « ficeler » la culture éthique. Plusieurs focales bien identifiées permettent désormais d'adapter l'évaluation à la spécialité de

l'établissement. Les EPP (évaluations des pratiques professionnelles) sont très intéressantes dans ce sens, car elles définissent un champ très précis des pratiques étudiées, elles instaurent des indicateurs en fonction de ces dernières et permettent un suivi dans le temps sur la qualité de ces pratiques. Elles font partie de l'évaluation externe.

Par ailleurs, l'analyse des pratiques à l'interne est une évolution fondatrice dans la diffusion de la culture institutionnelle. Elle propose le rassemblement des professionnels autour d'une thématique et fait circuler la parole des étudiants et des professionnels confirmés. Je déplore que ces pratiques soient encore très cloisonnées. Cette rencontre idéale entre étudiants, professeurs et professionnels de terrain ne se fait que trop rarement au cours d'un colloque ou d'une action de formation.

Les retours d'expérience (REX) constituent aussi une évaluation *a posteriori* qui permettent de revenir sur un évènement précis qui a eu des conséquences négatives afin d'éviter que cette situation se reproduise.

Je me souviens, par exemple, d'un soignant qui, à la suite de l'installation d'un patient pour la nuit lui caressa la joue et lui souhaita de passer une bonne nuit. Le patient fut très angoissé par cette caresse et l'interpréta comme un dernier adieu, pensant que nous lui avions caché des éléments sur son état de santé. Le lendemain, le patient en parla à sa famille qui jugea inadéquate cette familiarité qui eut des conséquences très négatives sur le confort du patient.

Cette caresse, voulue par le soignant comme un geste affectueux et rassurant, un remède à l'angoisse de la nuit, fut perçue comme un poison, une condamnation à mort et donc eut l'effet inverse de celui recherché. L'équipe de direction demanda un retour d'expérience et l'équipe se trouva devant le paradoxe d'un geste d'humanité et de douceur resenti comme une violence pure. Cet évènement eut tout d'abord un effet paralysant sur les soignants qui s'interdisaient dans leur pratique professionnelle de

toucher un patient ou ne savaient plus comment il fallait le faire.

Ce retour d'expérience donna lieu à l'émergence d'un besoin général de s'exprimer et de partager ses pratiques. Les soignants ont aussi eu besoin de partager des formations relatives aux pratiques pour les harmoniser et donc donner du sens ensemble à ce toucher pour mieux le professionnaliser. La simple intention individuelle apparaissait insuffisante et la nécessité de la professionnaliser fut un premier pas vers la réflexion collective et une éthique de responsabilité institutionnelle. L'éthique de conviction, si elle n'est pas un poison en soi, reste totalement insuffisante pour des soignants dignes de ce nom. Elle doit s'étoffer d'une éthique de responsabilité qui se décline dans le collectif en termes de réflexion, d'expérience, de transmission d'évaluation et de recherche. Dans *Le savant et le politique*⁵, Max Weber met en exergue l'éthique de responsabilité qui repose sur l'acceptation de répondre aux conséquences de ses actes. Si l'éthique de conviction est nécessaire, elle produit un appauvrissement intellectuel quand l'éthique de responsabilité oblige les contraintes du vivre-ensemble et enrichit le groupe du savoir et de la réflexion de chacun des individus. Le soin comme la politique, sont fondés sur un doute, une contradiction nécessaire qui leur interdira à tout jamais la certitude scientifique et si la conviction est importante pour croire à ce que l'on fait, la responsabilité oblige à rencontrer l'Autre et ne pas lui faire subir nos seules et insuffisantes intentions.

Nous sommes encore loin d'une évaluation personnelle quant à la qualité du toucher soignant. Ne serait-ce pas intéressant de connaître la qualité de notre toucher décliné en critères comme : très agréable, bienfaisant, précautionneux, doux, neutre, vif, désagréable, dérangeant, douloureux, brutal, maltraitant...

L'évaluation du toucher renvoie inévitablement à la dualité soignant-soigné et au pouvoir que peut prendre le plus fort sur le plus faible. Ce pouvoir s'exerce au titre de l'expertise du soignant et comme nous l'avons vu, il ne suffit pas d'une conviction pure

et dure pour l'exercer, car l'éthique de responsabilité nous oblige moralement. En effet, le soignant doit répondre à la vulnérabilité du soigné et c'est spécifiquement au constat de cette vulnérabilité que l'obligation morale s'impose. C'est le moment éminemment éthique nous dit Emmanuel Levinas⁶.

VULNÉRABILITÉ ET FRAGILITÉ



La coquille de l'œuf est fragile, le poussin, lui, est vulnérable.

La situation fondatrice du soin oblige une dualité entre une personne en besoin de soins et un professionnel susceptible de pallier ce manque. De ce fait il me semble intéressant de faire un rapide *distinguo* entre les concepts de vulnérabilité et de fragilité. Les deux termes sont utilisés aujourd'hui comme des synonymes gémellaires, je crois qu'il convient d'apporter ici les nuances qui les séparent.

1 - Voyons ce qu'est la vulnérabilité :

Sur le plan étymologique, du latin *vulnerare*, blesser, endommager, entamer, porter atteinte à, faire mal à, froisser, offenser, lui-même venant de *vulnus* « blessure, plaie ».

Le verbe latin *vulnerare* a donné le verbe vulnérer en français dont l'usage se raréfie (mon traitement de texte ne le reconnaît déjà plus comme correct...). Ce dernier conserve la sémantique latine.

Vulnérable semble avoir été influencé par l'anglais *vulnerable* « qui peut être blessé ». Nous observons dans cette terminologie une référence physique et une référence morale. Dans ces deux impacts, la vulnérabilité s'adresse à un être de chair et moral

(blessure, plaie, offense, froisser...). Il y a ici une nette adresse au Sujet plus qu'à l'Objet.

2 - Par contre la fragilité elle, énonce la capacité à être brisé, cassé, rompu.

Fragile, frêle : Ces deux mots sont, à l'origine, identiquement les mêmes, frêle étant la dérivation ancienne et régulière du latin *fragilis*, et fragile étant le calque fait postérieurement du mot latin. Mais l'usage a mis une différence entre les deux : fragile est ce qui se brise facilement ; frêle est ce qui se soutient à peine. Le verre est fragile, un roseau est frêle⁷. « Fragile comme du verre » nous dit le Littré. L'Objet est ici bien identifié dans sa difficulté de résilience contrairement au sujet humain. Il y a dans cette acception l'idée du morcellement, du fracas du tout, de l'irréparable, de l'irréparable en terme de rupture définitive. Ce serait donc se contenter d'une vision mécaniciste du sujet humain que de lui appliquer trop vite la terminologie de la fragilité. Cela reviendrait à le réifier, à lui ôter sa dignité de sujet en pensant de lui qu'il ne puisse se réparer.

Par conséquent, dire d'un homme qu'il est brisé me paraît inapproprié. C'est une façon de l'abandonner, de baisser les bras quant à notre devoir de sollicitude en énonçant que son état est irréparable et que nous ne pouvons rien faire de plus pour lui.

Je conclurai en disant que la terminologie de la vulnérabilité porte une intention subjective qui tend à conserver le statut de sujet à la personne soignée. Je la souhaiterais même biocentrique⁸, s'adressant ainsi au vivant en général en nous conférant une forme de responsabilité. Cette éthique de responsabilité nous intime le constat de la notion précieuse de la vie, le devoir de ne pas lui nuire et de mettre nos compétences de soignants à son service.

LES NOTIONS SUBJECTIVES DE VULNÉRABILITÉ SUR LE PLAN JURIDIQUE

La qualification juridique de « personne vulnérable » dépend de l'appréciation du juge et trois caractéristiques sont recherchées par le juge pour admettre l'état de vulnérabilité :

- Celle-ci doit être apparente ou connue de l'auteur de l'infraction : cette condition est notamment précisée en matière d'aggravation des peines ;
- Elle est spécifique d'une situation donnée : la vulnérabilité n'est pas inhérente à la condition de telle personne en général. Ainsi, le fait d'être reconnue handicapée ne fait pas de la personne une « personne vulnérable » de manière certaine et définitive dans tous les cas. Il en est ainsi, en particulier, lorsque le code précise que la personne vulnérable est celle qui n'est pas en mesure de se protéger. Par conséquent, une personne handicapée ne sera considérée comme vulnérable que si elle n'a pas les moyens d'assurer elle-même sa propre sécurité ;
- Les causes de la vulnérabilité peuvent varier d'une incrimination à l'autre.

CODE PÉNAL⁹

Sur les agressions sexuelles et viols sur personne vulnérable

Article 222-24 :

Le viol est puni de vingt ans de réclusion criminelle :

1° Lorsqu'il a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ;

2° Lorsqu'il est commis sur un mineur de quinze ans ;

3° Lorsqu'il est commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de l'auteur ;

4° Lorsqu'il est commis par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime ;

5° Lorsqu'il est commis par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions.

Le nouveau code pénal, en remplaçant la référence à l'« incapacité » par la notion de « personne hors d'état de se protéger », a donc certes potentiellement élargi le champ des personnes protégées au-delà des seules personnes soumises à une mesure de protection (tutelle ou curatelle) mais il a, en contrepartie, fait entrer un élément d'incertitude quant à la définition exacte de la vulnérabilité.

« S'il est laissé le soin aux professionnels d'évaluer la déficience psychique d'un homme maltraité, en dernier recours, la qualification des faits relèvera toujours de l'appréciation d'un magistrat¹⁰. »

Au regard de la loi il convient donc pour un soignant d'évaluer professionnellement et humainement le seuil de vulnérabilité d'autrui. Il en va de notre responsabilité morale certes, mais aussi de notre responsabilité juridique et pénale.

LE PROFESSIONNEL SUSCEPTIBLE DE PALLIER LA VULNÉRABILITÉ D'AUTRUI

La personne soignée met sa vulnérabilité entre les MAINS du soignant pour différentes raisons :

- Pour répondre au besoin ou à l'espoir d'un bénéfice attendu en termes de bien-être ou de thérapeutique au vu d'une pathologie ou d'un désordre aspirant à un mieux ;
- Parce qu'il a une tendance *a priori* à faire confiance au soignant : à ce niveau je préfère enseigner aux soignants à ne pas prioriser l'instauration d'un climat de confiance. Ce n'est pas parce qu'il est mauvais en soi mais surtout parce que l'on oublie trop vite que toutes les personnes qui ont été trahies, l'ont été par des personnes en qui elles avaient confiance. Avoir confiance en quelqu'un n'oblige pas sa trahison

mais laisse la possibilité d'être trahie. Il est plus professionnel d'établir une relation autour de la responsabilité entre deux sujets plutôt que sur la confiance. La responsabilité oblige les deux parties quand la confiance n'est qu'un pari fondé sur les compétences promises.

La confiance se borne encore à se satisfaire d'une éthique de conviction quand l'engagement de chacun s'inscrit dans une éthique de responsabilité. C'est sur cette dernière qu'il faut fonder la relation soignante.

LE SOIGNANT A DONC PLUSIEURS OBLIGATIONS

La première entre toutes, avant même celle de bien traiter autrui sera de ne pas lui nuire. C'est Hippocrate, dans le *Livre II des Epidémies* qui nous livre ce principe de non-malfaisance traduit plus tard par Galien en latin : *Primum non nocere* (en premier ne pas nuire). La traduction a perdu en chemin une nuance qui dit en grec «soulager ou ne nuire en aucune façon». Il s'agit ici d'un «niveau 2» de pensée qui oblige, lors de l'intention de l'acte soignant, de vérifier autant que faire se peut que les conséquences ne seront pas nocives. C'est une philosophie conséquentialiste : elle prévoit une analyse *a priori* de l'acte de soin. Elle permet aussi de prendre conscience de la logique d'autrui : vouloir le bien pour autrui n'est peut-être pas «son» bien à lui ! Il est donc primordial de s'assurer que l'acte est compris et partagé comme intention de bien.



Arrêtons de vouloir bien traiter ! Cela ne suffit pas ! L'intention de bienveillance ne relève que d'une **éthique de conviction** insuffisante pour un soignant. L'enfer est pavé de bonnes intentions et des gestes d'amour peuvent se révéler délétères pour autrui.

Embrasser une personne âgée dans une maison de retraite, caresser une main, un bras, une joue, juste pour rassurer peut être perçu comme un geste très angoissant. Quand personne avant cela n'avait osé, tenté ce contact qui ne relève pas d'un soin technique mais d'un élan du cœur, ce geste peut être interprété de différentes façons :

- « Pourquoi cette infirmière me caresse-t-elle la main ? Ce doit être grave ce que j'ai... »
- « Tiens, elle m'embrasse ce soir ? Peut-être cela veut-il dire que je ne passerai pas la nuit ? »
- « Hum ! Cette caresse était très sensuelle, que veut me dire cette soignante ? »

La méfiance, la suspicion, l'interprétation et les mauvaises représentations du geste font que la rencontre humaine ait toute les chances d'échouer.

L'AMOUR, UN CONCEPT DE SOIN ?

Ces gestes d'amour ont tendance à s'évacuer du contexte de soin, peut-être est-ce parce que justement dans ce terme fourre-tout d'amour, nous y mettons un peu n'importe quoi. En effet une caresse peut contenir tellement de formes différentes d'amour. Il y a dans la caresse d'une joue, le baiser d'une infirmière à un nouveau-né, un acte de toucher-massage, de l'amour certes, mais lequel ?

Les Grecs ont une langue éminemment philosophique qui permet de nuancer une notion pour savoir précisément de quoi l'on parle. C'est ainsi que plusieurs termes servent à parler d'amour selon telle ou telle situation.

L'Éros : il s'agit là de cette forme d'amour qui a trait aux appétits, qu'ils soient charnels ou bien simplement substantiels en termes de nourriture. Éros est le produit de l'union de Poros et de Pénia dans la mythologie grecque. Poros est un dieu de l'abondance quand Pénia, elle, est une mendicante et symbolise la pénurie, le manque. Leur union donne naissance à Éros qui oscille sans cesse entre l'appétit et la satiété. Le manque le pousse à la possession et la

jouissance de l'acquisition s'amenuise jusqu'au retour de l'appétit, etc.

N'y a-t-il pas un peu d'éros chez ce patient qui reçoit la caresse d'une infirmière qui se voulait, elle, rassurante ?

La Philia : cette forme d'amour représente le sentiment que l'on peut avoir pour quelqu'un quand on l'aime pour ce qu'il est, ni plus ni moins et que ce dernier nous le rend de la même façon. C'est l'amitié parfaite. Montaigne disait de son ami défunt La Boétie qu'ils étaient amis « parce que c'était lui, parce que c'était moi ».

L'Agapé : c'est l'amour qu'un homme porte à un dieu ou celui qu'un dieu porte aux hommes. C'est un amour sans condition mais qui ne se situe pas sur le même niveau. C'est l'histoire de Ruy Blas amoureux de la reine. Il est valet, elle est Reine, il tombe amoureux d'elle mais s'interdit de l'approcher par la distance des classes nécessaire à respecter. Il lui écrit dans une lettre formidable :

Madame sous vos pieds, dans l'ombre, un homme est là

Qui vous aime, perdu dans la nuit qui le voile

Et qui souffre, ver de terre amoureux d'une étoile,

Qui pour vous donnerait sa vie s'il le faut

Et qui meurt en bas quand vous brillez en haut.

...

Non, c'est mon coeur qu'il faudrait libérer,

Mon sort est là, je dois y demeurer

N'y a-t-il pas un peu d'*agapé* quelques fois entre un patient et un soignant quand le soignant reste un peu trop sur son piédestal (dans la symbolique le patient est couché et le soignant souvent debout) ; ils sont rarement à la même hauteur et la distance est facile à creuser surtout que notre égo de soignant est très sensible quand on nous prend pour des dieux...

La Storgè : c'est cet amour qu'une mère voue à son enfant. Ou l'amour d'un frère pour une sœur. C'est celui qui nous fait sentir de la même famille. Et l'attachement entre soignants et soignés dans ce sens n'est pas rare. Dans les maisons de retraites, dans les

services de pédiatrie, dans un même service entre soignants du fait que l'on se côtoie quelquefois depuis si longtemps.

Autant de formes d'amour qui peuvent permettre, quand on sait les décrypter, de se protéger, de protéger les patients de fausses interprétations et d'anticiper nos gestes en tentant d'imaginer leurs conséquences.

RÉSISTONS ENSEMBLE!

Ce n'est pas pour autant qu'il faille nous paralyser. L'amour est un concept fondamental et fondateur du soin, ce n'est pas la peine d'en douter. Simplement, nous parlons là d'un territoire qui semblait être le nôtre et qui paraissait aller de soi : celui du toucher soignant. Nous nous apercevons avec surprise que ce territoire n'est pas aussi familier qu'il le paraissait. C'est une chance pour nous tous, acteurs de soins, d'explorer ensemble avec nos différences ce que pourraient amener à nos professions des gestes justes. Il est temps d'assumer le fait que l'amour est au cœur de nos métiers et que le traduire en actes et en paroles ne puisse que promouvoir la qualité d'une relation de soin.

« La fin est l'endroit d'où nous partons... »

Nous n'aurons cessé d'explorer

Et la fin de toutes nos explorations

Sera d'arriver à l'endroit d'où nous sommes partis

Et de connaître le lieu pour la première fois.

T.S. Eliot.

Four Quartets.

Ces occasions, si nous ne savions pas les saisir, nous feraient manquer des rendez-vous avec autrui et peut-être même avec nous-mêmes, autant de concepts qui permettent de ne pas tout mélanger et de construire le geste juste... Le toucher soignant ne doit pas échapper à une éthique rigoureuse. Il convient donc de mettre en place une démarche éthique fondée sur l'éthique de RESPONSABILITE. Elle commence par l'intention de ne pas nuire.

Le toucher et le massage soignant concernent bien le cœur du métier de soignant ! Néanmoins il ne serait pas sérieux de laisser à chacun la latitude de les pratiquer comme il le sent. Les pratiques du toucher soignant méritent notre plus grande attention : c'est-à-dire qu'il ne peut se départir d'une démarche éthique. Cette dimension du soin doit absolument passer par les filtres de la réflexion pluridisciplinaire, de la formation, de l'expérience et de l'évaluation des pratiques.

Cette démarche offre un processus complet participant à ce que nous demandent les organismes de certification. Établir des axes soignants dans ce sens permettra au toucher soignant d'acquérir très rapidement la reconnaissance qu'il mérite par les bénéfices obtenus, tracés, évalués et suivis.

Pour cela il nous faut nous débarrasser de nos peurs, interroger nos pratiques et acquérir des expertises. Il faut entrer en résistance pour revendiquer cette culture soignante et nous l'approprier avec et pour autrui dans des institutions justes.

L'excellence est au prix d'un combat nécessaire, un conflit sain qui consiste à se déplier en tant qu'humain, en tant que soignant pour que cette puissance soit mise au service du soin tout simplement parce que :

Le SOIN c'est ce que l'homme peut offrir de meilleur.

Références

1. « Des mots sur des maux », *Revue internationale de soins palliatifs*, vol. 19, p. 25-30.
2. Platon, *Protagoras*, Paris, Garnier-Flammarion, Paris, 1998.
3. *Idem*.
4. Aristote, *Éthique à Nicomaque*, Vrin, « Bibliothèque des textes philosophiques », Paris, Vrin, 1990.
5. Max Weber, *Le savant et le politique*, Paris, 10/18, 2002.
6. Emmanuel Levinas, *Totalité et infini – Essai sur l'extériorité*, Paris, Essais/Poche, 1999.
7. *Dictionnaire Littré*, Paris, Figaro/Garnier, 2006.
8. Centrée sur la vie : en choisissant la vie comme cible, je tente de valoriser l'homme dans sa capacité d'humilité face au reste des êtres vivants et de sa capacité à les considérer comme aussi précieux que lui-même...
9. Le *Code pénal* en France correspond au *Code criminel* au Canada.
10. Rapport de commission d'enquête n° 339 (2002-2003) de M.M. Jean-Marie Juilhard et Paul Blanc, fait au nom de la Commission d'enquête, déposé le 10 juin 2003 au Sénat.

Mots clés : toucher soignant - éthique- bientraitance - amour - démarche éthique