

## **Bientraitance/maltraitance, un couple à la mode ?**

*Stanislas Godineau, conférence hospitalière « protection des patients » du 24/11/21, Pau.*

Bientraitance et maltraitance, voilà un couple à la mode ! La bientraitance pour sa promotion, comme le montre l'intitulé de notre conférence ; la promotion de la bientraitance est un axe politique majeur ; et la maltraitance pour sa dénonciation, sa condamnation, évidemment. Ce qui est évident est ce qui va de soi ; et ce qui va de soi n'appelle pas de questionnement d'un autre que soi. Or, justement, dans le monde des soins et de l'accompagnement de personnes en situations de fragilité, de vulnérabilité, l'expérience nous montre que les choses ne vont pas toujours de soi. Ou pire encore, ce qui semble aller de soi pourrait être le plus dangereux.

Bientraitance et maltraitance : Un bon et un mauvais qu'on aime à opposer, comme si rien ne les liait, comme s'il n'avait rien en commun. Le bon est toujours chez soi, et le mauvais chez l'autre, tout naturellement. Personne n'est responsable, mais il faut bien trouver un coupable, indispensable au reste du groupe pour continuer à vivre. Et voilà comment, depuis très longtemps déjà, peut être depuis toujours, l'humain rejette en l'autre ce qu'il ne peut supporter en lui ; pour ne pas perdre la face ? Peut être pour ne pas se trouver en position de vulnérabilité ? La modernité sociale nous montre tous les jours que ce fonctionnement reste d'actualité, et continue de produire un malaise. Mal à l'aise nous le sommes tous en situation de vulnérabilité, lorsque notre fragilité intime nous déborde. Nous nous en défendons, chacun à notre manière, par l'agressivité ou par la fuite, lorsque nous ne sommes pas pétrifiés. Dans tous les cas, chacun cherche à se sentir en sécurité, comme l'indique encore le titre de notre conférence.

Bientraitance et maltraitance, un couple à la mode en effet. Mais jamais parlés ni penser ensemble. La bientraitance est portée comme une injonction idéale, forte de l'ensemble de ses protocoles. La maltraitance est dénoncée, de plus en plus fréquemment dans les reportages télévisuels. Mais jamais le propos ne va jusqu'à dire que **la bientraitance, dans les relations d'accompagnement de personnes en situation de vulnérabilité, comprend en son sein le risque de la maltraitance.** Comment parvenir à construire une culture où la maltraitance serait la plus atténuée possible, sans prendre en compte qu'elle concerne tout un chacun, dans nos relations intimes et professionnelles ? Cela serait pourtant la moindre des choses, pour nous tous qui pouvons nous retrouver en place de patient en situation de vulnérabilité, cherchant à ce que l'on prenne soin de nous dans cette relation de dépendance à la médecine, aux soignants.

Depuis longtemps déjà le psychanalyste anglais D.W Winnicott, nous a parlé de « la mère

suffisamment bonne ». Il aurait également pu parler du « père suffisamment bon », mais ce n'était pas encore à la mode à l'époque. Winnicott part du principe qu'il existe une violence fondamentale et inexorable dans la relation de dépendance du nourrisson à son entourage. La violence fondamentale du début de la vie, de cette première extrémité de la vie où notre vulnérabilité est la plus grande, sera développée au début des années 1980 par Jean Bergeret, comme source de toutes les violences archaïques. Winnicott montrait déjà au milieu du 20ème siècle **qu'un parent qui n'est pas en mesure de reconnaître, d'accueillir et de parler de cette violence fondamentale est susceptible de passer à l'acte violent. Car il y a une différence très importante, capitale, entre avoir des mauvaises pensées, des pensées de violence, et passer à l'acte de la maltraitance. Entre les pensées et les actes, la parole.**

Pourrions nous faire cette hypothèse pour les soignants aussi ?

Dans toute relation de dépendance, y compris dans le cadre professionnel des relations d'aide et d'accompagnement, nous avons à assumer la responsabilité de ces violences fondamentales et archaïques. Et cela de plus en plus intensément à mesure que la fin de la vie approche.

Apparaît ici la complexité des situations de vulnérabilité humaine, qui contiennent à la fois les choses les plus merveilleuses de la vie, mais également les pires. Bienveillance et maltraitance, amour et haine se retrouvent dans l'expression commune : « **l'enfer est pavé de bonne intention** ». **Nos bonnes intentions peuvent devenir un enfer pour l'autre s'il n'y existe plus. « Pas l'un sans l'autre » serait la définition du lien entre ces extrêmes contradictoires, amour et haine, bienveillance et maltraitance. Ce lien indéfectible entre le bon et le mauvais, devrait justement être l'objet d'un travail constructif visant l'atténuation maximale des maltraitements.** Jean Oury, fondateur de la psychothérapie institutionnelle, posait la question de la relation d'aide comme cela « comment être le moins nocif possible avec les patients ? ». Alors comment aujourd'hui se poser cette question et tenter d'y répondre collectivement, pour soutenir la responsabilité individuelle de chacun face à cet enjeu éthique de plus en plus moderne ?

Mais la modernité ne semble pas d'accord ! Elle clive, c'est à dire qu'elle délie et fige les concepts dans des idéaux. **La bienveillance est la bienveillance idéale, sans aucun lien avec la maltraitance.** Nous n'interrogeons plus les liens ni les processus, mais seulement les contenus et les faits divers qui procurent des sensations affectives, et accessoirement des profits. L'humain idéalisé n'est plus censé être vulnérable, fragile, ni faillible. Il n'est pas censé être malade ; et s'il l'est, sa souffrance et sa vulnérabilité doivent disparaître grâce à la médecine. Des collègues médecin et psychologue de soins palliatifs de Montpellier (Jean Pierre Bénézech et Jérôme Alric) disaient déjà au début des années 2010 que nous allons peut être aujourd'hui à l'hôpital **chercher la disparition**

**de la souffrance grâce à la médecine, quand avant, nous allions à l'église chercher auprès de Dieu comment vivre avec la souffrance.**

Tant sur le plan individuel que collectif, tant sur le plan personnel que professionnel : tout nous pousse à devenir de plus en plus performant, sans faille, sans fragilité. Nous rêvons nos vies sans souffrance et sans mort, comme si nous pouvions échapper à la dépendance et à la vulnérabilité. Alors sont construits autant de protocoles que nécessaires pour être sûr que la sécurité des patients soient garantie ! Protocoles que des soignants sans faille doivent appliquer à tous prix ; oserai je un quoi qu'il en coute ?!

Car c'est comme cela que pour éviter la mort du covid aux personnes dites fragiles, la plus part âgées, nous les avons couper de leur liens fondamentaux, leurs liens familiaux. Nous ne saurons jamais combien sont morts de cet isolement de l'intime. Est ce une forme de maltraitance ? Pourtant, il semble que cela a parru évident au plus grand nombre. **Il fallait éviter la mort à tous prix, même au prix de la mort psychique et relationnelle. Il fallait protéger de la mort des personnes qui savent qu'elles s'en approchent tout prêt, inexorablement, et pour qui la qualité de leur vie prime très souvent sur la quantité de leur vie.** Mais l'on ne peut entendre cela seulement si on leur pose la question, et qu'on est prêt à entendre leurs réponses. L'enfer est pavé de bonnes intentions. En Ehpad, beaucoup de gens sont morts après le pic de la crise, sans avoir vu leur proches les derniers mois de leur vie. Est ce de la maltraitance ? Si oui, qui en serait responsable ?

A propos de la crise sanitaire toujours, Marie de Henzel a récemment publié un petit livre intitulé « l'Adieu interdit », où elle décrit comment en mars 2020, **les pratiques funéraires ont été interdites.** Les corps des défunts étaient mis dans des sacs et la famille ne pouvait plus les voir.

**L'humanité s'est construite depuis ses origines par les rites funéraires.** La mort est sans doute notre plus grande vulnérabilité. Les vivants qui se trouvent eux aussi en situation de vulnérabilité dans ce moment singulier de la perte d'un proche, ont besoin de ces rites pour continuer à vivre. Empêcher les rites mortuaires est une des violences les plus importantes qu'une société dite en « paix » puisse subir.

Du côté des professionnels, les protocoles sanitaires ont également interdits les toilettes mortuaires. La toilette mortuaire est le temps où le professionnel rend un dernier hommage au défunt par la préparation de son corps, pour que la famille puisse se recueillir lors des rites funéraires. Les professionnels que j'ai rencontré vont mettre longtemps à se remettre d'avoir eu le sentiment de

traiter ces personnes décédées comme des objets, pour rester correct.

Les professionnels, d'une autre place que les proches, sont aussi impliqués affectivement auprès des patients, des résidents. **Nous assurons la fonction fondamentale de la société, d'accompagner les personnes en situations de vulnérabilité, corporelle ou psychique, parfois jusqu'à la mort. Lorsqu'au nom de la sécurité des patients nos pratiques les plus humaines sont interdites, c'est toute notre culture soignante qui disparaît. Que cela dit il de notre société moderne ?**

Voilà donc deux situations de maltraitance organisées, dictées par les « bonnes pratiques » sous prétexte de sécurité et d'évitement à tout prix de la mort. Nous parlons ici de pratiques imposées par des protocoles. En déroger est une faute professionnelle. Comment fait t on lorque qu'on est soignant pour appliquer ses protocoles et continuer à trouver la force de travailler ?

De manière plus générale, l'évitement à tous prix de la vulnérabilité et de la mort, s'inscrit dans un **processus de sanitarisation des pratiques soignantes**. Ce processus de construction d'un discours sanitaire unique comme référence principal des pratiques d'accompagnement, est à l'oeuvre depuis bien avant la crise sanitaire, qui est finalement venu en montrer le paroxysme. Je renvoie ici à l'ouvrage « La santé totalitaire » de Rolan Gori et Marie Jose Del Volgo qui, en 2004 déjà, dénoncent la disparition du sujet dans les pratiques soignantes, au nom d'une « santé » toute puissante, sans fragilité. **Dans les pratiques soigantes quotidiennes, le discours sanitariste, lorsqu'il est le discours unique, induits des maltraitements par bonne intention.** En effet, l'intention est de soigner et de protéger ; mais le résultat est là, le patient ne supporte pas toujours bien d'être entraîné dans le processus proposé ; il échappe au protocole. La bonne intention sociale qui vise à penser ce qui est le bien pour l'autre, en l'occurence pour soigner et protéger le patient, est portée par les professionnels de santé. **Dans cette situation, la plus grande difficulté est d'entendre qu'un patient peut être en contradiction avec la question du soin et de la vie.** Quelqu'un peut se plaindre de souffrir de douleur et pourtant refuser le traitement antalgique. Un patient peut refuser de manger pour tout un tas de raison, où juste parce qu'il n'a pas faim, tout en sachant non sans peur que cela l'entraînera vers la mort. Un patient peut également décider de manger de la pizza tout en sachant qu'il risque de mourir d'une fausse route. Le patient peut valider avec le thérapeute un protocole de soin ou de rééducation un jour et le mettre en échec le lendemain au moment de sa réalisation. Il peut demander de l'aide et rejeter la personne qui vient pour l'aider. Nous sommes multiples et contradictoires, et sommes ignorants de nos désires. C'est précisément cela qui induit de fait que nous ne pouvons être totalement inclus dans des protocoles, sauf à nous hoter toute humanité. **Notre consentement d'un jour peut être remis en question le lendemain par une nuit de réflexion, une angoisse, un souvenir, une prise de décision...** Ces situations

déconcertantes, comme les nomme le psychogériatre Jean Claude Montfort, font violence aux professionnels pourtant impliqués, compétants et bien intentionnés. Ici, la mise en échec de la bonne intention des pratiques, si elle n'est pas mise au travail collectivement en tentant de comprendre ce que raconte le patient de sa situation, peut engendrer des actes de violence chez les professionnels. En ne se donnant pas la possibilité et le temps d'en parler, d'analyser ces situations complexes en reconnaissant qu'elles nous font violence, qu'elles nous mettent en difficulté dans nos pratiques en mettant en échec nos objectifs personnels, mais également les objectifs de performance et de rentabilité, nous prenons le risques de passages à l'actes maltraitants.

Dans ces conditions de sanitarisée protocolisée, qu'est ce qu'un bon soignant, ou plutôt un soignant « suffisamment bon » ? Et quelle est la place de l'humanité du patient (ses failles, ses contradictions, sa vulnérabilité...) dans les pratiques soignantes ?

Le bon soignant est il celui qui suit les directives, qui appliquent les protocoles à la lettre pour « être dans les clous » ? ou est ce celui qui prend le risque d'ouvrir un peu le sac dans lequel il a placé le corps du défunt et de laisser entrer un proche qui vient dire au revoir ?

Je pense ici à l'expérience bien connue de **Milgramme**, qui met en évidence que le rapport à l'autorité entraîne la majeure partie des humains à effectuer des actes de maltraitance. Notre soumission à l'autorité de la bonne intention sanitaire serait elle une des sources principales des maltraitances institutionnelles ?

Et quel est le bon proche, où le bon patient ou résident ? Qu'en est il de son humanité, de ses fragilités et de ses failles ? Est ce celui qui n'est jamais agressif, ne présente jamais de troubles du comportement, celui qui est le plus conciliant, le plus passif ? Celui qui finalement se soumet à l'autorité sanitaire ? Qu'en est il du sujet ? De la place laissée au choix, à la contradiction et au conflit ?

Dans le champ personnel comme dans le champ professionnel de notre société moderne, la violence inhérente à la vie serait de plus en plus insupportable. Alors sont définies des guides de bonnes pratiques, de bonnes conduites, qui sont censés nous faire éviter le pire, éviter le conflit comme si cela était possible. **Des conduites idéales, à tenir, qui font autorité, sont censées faire disparaître les maltraitances. Comme si nier l'existence de la violence fondamentale de toute relation humaine suffisait à la faire disparaître.** Considérant que la violence ne devrait pas exister, nous ne pouvons la mettre au travail dans nos liens et dans nos pratiques, dans nos protocoles pourtant nécessaires ; la conséquence directe est que cette violence nous fait retour de manière brutale sous forme de maltraitances.

Un soignant qui entre dans une chambre, à l'hôpital mais également à domicile et dans n'importe quelle institution du médico social et du sanitaire, ne peut faire la liste de l'ensemble des conduites à tenir et préconisations qui pèsent sur sa fonction. Il est impossible pour lui, dans le temps qui lui est imparti, de répondre à l'ensemble des injonctions, qui peuvent souvent entrer en contradiction les unes avec les autres (santé, sécurité, hygiène, bonne relation, liberté, éthique, actes technique...). Alors quel choix doit il faire et comment ?

En réalité, il n'a pas vraiment le choix. Quoi qu'il fasse il est pris en défaut. S'il correspond totalement aux normes, il est contraint de désinvestir la relation et donc devient un exécutant d'un acte technique ou le patient se sentira déconsidéré, à juste titre. S'il fait le choix de prendre le risque de la relation avec le patient, ses supérieurs le reprendront sur la non application des protocoles ou des normes qualités. S'il fait une erreur, il sera accablé par ses supérieurs, mais également par le patient, avec un risque judiciaire important. Dans ces cas, la responsabilité individuelle prime et rare sont les prises de responsabilité collective. Il faut bien un coupable...

Il me semble nécessaire de dire ici que ces processus produisent de l'épuisement chez les professionnels de santé depuis bien avant la crise sanitaire. Un professionnel s'épuise lorsqu'après avoir déployé toute son énergie pour pouvoir continuer à faire son métier dans la prise en compte des valeurs humaines, des fragilités humaines, celles des patients et les siennes, il se rend compte que son travail réel n'existe pas (CF Yves Clos sur la psychodynamique du travail). Les évaluations du travail de soin et d'accompagnement qui déterminent le financement des hôpitaux et des institutions (la tarification à l'activité pour les hôpitaux et le Pathos pour les Ehpad) ne prennent jamais en compte la complexité des relations d'aide. Car cela va de soi ! Des patients dociles rencontrent des soignants impliqués dans l'exécution de protocoles, et cela doit suffire. Pas de maltraitance possible, pas de complexité !

**Plus de complexité, mais simplement de la souffrance chez les patients et de l'épuisement chez les professionnels.** Et avec la crise sanitaire et l'effort collectif fourni pour tenir, l'épuisement est massif. Nombreuses sont les institutions, hospitalières, sanitaires et médico sociale qui actuellement ferment des services, des lits, des chambres, par manque de personnel.

Les institutions fonctionnent actuellement en sous effectifs et sont inévitablement pris dans l'engrenage des maltraitances. Lorsque nous sommes moins nombreux, nous ne pouvons pas tout faire avec la même attention, ni la même intention et la même qualité de travail. Les temps de transmissions et de rencontre pour élaborer les pratiques disparaissent ; mais ce n'est pas important, c'est de la réunionite. Il suffit de suivre les protocoles, et les patients devenus des cartons devraient se déplacer tout seuls. **Mais non, les patients ne sont toujours pas devenus des cartons, et les soignants finissent par perdre espoir de pouvoir retrouver ou préserver**

## **L'humanité de leur métier.**

Alors il y a urgence en effet, à retrouver le goût et l'énergie de nos pratiques suffisamment bonnes, c'est à dire respectueuse de l'humanité de chaque patient en situation vulnérable. Il y a urgence à retrouver la possibilité de faire nos métiers en en préservant le cœur. Pour cela, reconnaissons que nous sommes tous susceptibles d'être maltraitant, reconnaissons que nos protocoles doivent être constamment interrogés par la situation clinique singulière du patient ; considérons que pour faire ce travail réflexif, nous devons être suffisamment nombreux, et fonctionner en équipes pluridisciplinaires où les cadres peuvent prendre des décisions cliniques et donc éthiques ; permettons nous, tous de nos places, y compris les patients, de nous mettre en question dans nos relations, notre rapport à l'hôpital, à la médecine, à la vulnérabilité et à la mort.

Pour que les cœurs de nos métiers battent au rythme des cœurs des patients, permettons nous de toujours interroger la sécurité sanitaire au regard de la complexité humaine. Dans la perspective professionnelle de tendre vers des pratiques les moins maltraitantes possibles, ne s'agit il pas de mettre les réflexions éthiques au centre de toutes nos rencontres pluridisciplinaires ?

## **Annexes :**

### **Vocabulaire paratgé de la maltraitance des personnes en situations de vulnérabilité :**

Il y a **maltraitance** d'une personne en situation de vulnérabilité (1) lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action, compromet ou porte atteinte à son développement (2), à ses droits (3), à ses besoins fondamentaux (4), et/ou à sa santé (5) et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance (6), de dépendance (7), de soin ou d'accompagnement (8).

Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non ; leur origine peut être **individuelle**, **collective** ou **institutionnelle** (9).

Les **violences** et les **négligences** peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations.

Maltraitements institutionnels et responsabilités individuelles ne sont pas exclusives les unes des autres. Il revient à ceux qui analysent au cas par cas les situations de distinguer et de chercher à répondre à la fois aux comportements, pratiques, voire délits ou crimes individuels, et aux dysfonctionnements ou manquements collectifs voire généralisés qui engagent les représentations d'une société toute entière, et donc nécessitent des actions à cette échelle du corps social.

Du point de vue gestionnaire, la prévention se situerait dans une maîtrise et donc l'évitement d'un « événement indésirable » à venir. Pour cela, nous construisons des protocoles qui définissent des bonnes pratiques à appliquer dans nos métiers de la relation ; d'où le processus de normatation des pratiques d'accompagnement gestionnaires. En substance est communiquée et peut être visée la disparition des problèmes en cas de bonnes applications des bons critères des bonnes pratiques. Il semble que depuis l'apparition inflationniste de l'ensemble des protocoles et lois existants, les problèmes visés n'aient malheureusement pas disparu ; en revanche se pose la question de la disparition du sujet (patient, résident, jeune, ou professionnel) dans les protocoles. Difficile constat qui nous oblige à associer à ces pratiques rassurantes une pensée peut être moins séduisante qui tienne compte des limites de la maîtrise humaine et de ce qui est humainement à la source de nos pratiques d'accompagnement.

J. Bergeret en 1984 introduit le concept de « **Violence fondamentale** » pour décrire les forces et processus archaïques qui, dès l'origine de la vie de l'enfant, viennent faire violence à l'enfant et aux parents. L'accouchement, d'abord, en tant que rupture du milieu, puis la situation de dépendance et de vulnérabilité extrême (désespérance infantile de F.Dolto), ainsi que les diverses contraintes de l'environnement, sont autant de sources de violence pour l'enfant. Dans ce contexte, l'enfant serait aux prises avec des pulsions violentes qui viseraient sa propre défense, la continuité de son existence. Avec J. Lacan, nous pouvons également considérer le bébé comme soumis à des forces pulsionnelles débordantes, jouissances insupportables, qui lui font violence par leur intensité. Les parents ressentent également de la violence envers l'enfant, notamment face à l'abnégation de soi qu'il exige pour sa survie, face à la résonance du cri infantile en eux qui actualise leurs propres pulsions violentes primaires, et le sentiment de mise en échec que la relation avec l'enfant fait éprouver. Tel serait le contexte pulsionnel de l'apparition de la violence à l'aube de la vie de tout être humain. Nous pouvons d'emblée remarquer que cette violence apparaît dans des contextes où l'existence même du sujet est mise en cause. **Ce qui fait violence concerne l'existence intime du sujet.**