
Contexte de la recherche : Auto-saisine de la Commission Consultative de l'E.E.H.U

*Quels enjeux éthiques se posent aux formateurs
dans l'accompagnement d'un élève aide-soignant ou d'un étudiant en soins infirmiers qui
témoigne d'une situation de maltraitance concernant des personnes soignées ?*

Nous proposons de partir du concept de maltraitance pour dégager la problématique du questionnement ici soumis.

1. Qu'est-ce que la maltraitance ?

La maltraitance est d'abord un **concept politique et social** (et non un concept philosophique) *qui a permis au système juridique français de se doter d'outils de protection à destination des mineurs en danger* [1]. Ce sont les travaux des médecins légistes français à la fin du 19ème siècle et des radiopédiatres américains dans la première partie du 20ème siècle [2] qui ont permis la reconnaissance des phénomènes de maltraitance à enfants et, progressivement, la déclinaison de leurs différentes formes

La maltraitance est un **concept récent** qui est apparu il y a seulement une vingtaine d'années dans la langue française [1], à partir duquel se sont développés d'autres concepts comme la bientraitance ou la résilience.

La maltraitance est un **concept répandu** : l'on parle non seulement de maltraitance à enfants, de maltraitance de la personne âgée, de maltraitance des personnes en situation de handicap (...), mais également de maltraitance « ordinaire » (banalisation, acceptation passive, maltraitance « invisible ») et de maltraitance « institutionnelle ».

La maltraitance est un **concept pluriel** qui résiste à une définition unanime et fermée. D'un point de vue général, la maltraitance correspond à un abus, un mauvais traitement ou une violence se caractérisant par tout acte ou omission commis par une personne (ou un groupe de personnes), et qui porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou sociale, ou à la liberté d'une autre personne (ou d'un autre groupe), ou qui compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière. Cette définition pose les questions des critères, du seuil, de la chronicité, et de l'intentionnalité. En effet, si un comportement récurrent, individuel ou collectif, tenu avec la volonté de nuire peut aisément être qualifié de maltraitance, qu'en est-il des attitudes et actes ayant des effets négatifs à plus ou moins court terme, réalisés toutefois sans intention de nuire ?¹ Qu'en est-il des actes ponctuels, des carences d'attention occasionnelles qui n'ont pas de vocation à se reproduire si les conditions ayant permis leur survenue ne se répètent pas ?

¹ « Ne pas nuire à autrui » constitue le principe négatif fondateur du minimalisme moral (ou de l'éthique dite « minimale », en référence notamment à John-Stuart MILL (cf. *To prevent harm to others*, empêcher les dommages aux autres). Notons, par ailleurs, que Ruwen OGIEN (dans *L'éthique aujourd'hui - Maximalisme et minimalisme* - Gallimard 2007) attire notre attention sur la possible exploitation abusive du principe de non-nuisance avec l'idée de préjudices émotionnels vagues qui peut glisser vers un moralisme généralisé (usage maximal d'un principe minimal). Ceci pour montrer (sans la traiter ici) la complexité de la question de l'intentionnalité en matière de maltraitance, dans des contextes où les interactions sont nombreuses (où, par exemple, des phénomènes individuels et culturels interagissent).

A partir de la classification du *Conseil de l'Europe* [3], nous pouvons identifier les catégories suivantes :

- violences physiques : coups, brûlures ; ligotages, soins brusques sans information ou préparation, non satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtres (dont euthanasie)...
- violences psychiques ou morales : langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantage, abus d'autorité, comportements d'infantilisation, non respect de l'intimité, injonctions paradoxales...
- violences matérielles et financières : vols, exigence de pourboires, escroqueries diverses, locaux inadaptés...
- violences médicales ou médicamenteuses : manque de soins de base, non-information sur les traitements ou les soins, abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques, défaut de soins de rééducation, non prise en compte de la douleur...
- négligences actives : toutes formes de sévices, abus, abandons, manquements pratiqués avec la conscience de nuire...
- négligences passives : négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage
- privation ou violation de droits : limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse...

Cette classification réaffirme un certain nombre de droits posés par la charte des droits et libertés de la personne accueillie (Arrêté du 08 septembre 2003), ainsi que par la loi n° 2002-303, du 04 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (*principe de non-discrimination; droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté; droit à l'information; principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne, droit à la renonciation; droit au respect des liens familiaux; droit à la protection; droit à l'autonomie; principe de prévention et de soutien; droit à l'exercice des droits civiques; droit à la pratique religieuse; respect de la dignité de la personne et de son intimité*)

Enfin, la maltraitance est un **concept complexe**, pouvant évoquer une infinité de situations où se dévoile la souffrance d'une personne vulnérable, situations dans lesquelles interagissent la personne qui subit la violence et ses auteurs, eux-mêmes parfois en situation de souffrance, et souvent en rapport de force et d'autorité.

2. Qu'est-ce que la maltraitance à l'hôpital ?

a) Éléments de contexte.

Pour l'institution hospitalière, la maltraitance peut-être définie comme un écart entre les missions de soins et de secours de l'établissement de santé et les valeurs du service public hospitalier², d'une part, et la réalisation et le respect de celles-ci, d'autre part. Peut se poser la question de savoir ce qui, dans les organisations institutionnelles et les pratiques professionnelles, rend possible cet écart (voir le « favorise »). Une évaluation de ces organisations et de ces pratiques représente donc un point à ne pas négliger. Le questionnement s'étend aux moyens de prévention de la maltraitance, mais également au repérage, au signalement, à la prise en charge et à l'accompagnement. La problématique est multidimensionnelle puisqu'elle concerne, bien évidemment la victime de maltraitance, mais également son auteur, le ou les témoins, ainsi que l'institution elle-même.

² De manière générale, les missions du service public hospitalier sont définies par le principe de liberté, d'égalité d'accès de tous à celui-ci, quels que soient leurs revenus et leurs droits sociaux, d'égalité de traitement (neutralité du service public hospitalier), le principe de continuité et de permanence des soins (soins d'urgence, soins de jour et de nuit, admission dans un autre établissement), ainsi que l'accès à des soins de qualité.

Ces principes sont directement issus de valeurs républicaines (principe constitutionnel consacré par le préambule de la Constitution de 1946, auquel renvoie le préambule de la Constitution de 1958, qui proclame que *la Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ...*), des valeurs humanistes fondatrices de notre pacte social « traduisant en termes de santé physique et morale le respect de la dignité de tout individu, la non-discrimination et l'égalité de traitement dus à chaque citoyen ». La Loi a confirmé cette dernière et l'a rappelée, comme dans la Circulaire du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé. La laïcité réhabilite ici l'égalité dans son sens éthique, avec une portée philosophique : il s'agit de cette égalité universelle d'humanité par delà les frontières du droit.

A l'hôpital, la maltraitance dite ordinaire s'apparente au non-respect de la dignité humaine³. Une pluralité de facteurs peut expliquer ce phénomène. En 2009, notamment dans le but d'une publication d'un guide de la bientraitance en établissement de santé (prévu en 2010), la Haute Autorité de Santé a mandaté le cabinet *C.Compagnon.Conseil* pour une étude qualitative relative à la maltraitance « ordinaire » dont le risque le plus important *réside dans sa banalisation, son « invisibilité » et donc son acceptation passive*. L'objectif de ce travail ne visait pas la mesure de l'ampleur du phénomène, ni le jugement ; il devait permettre de repenser les organisations et les pratiques professionnelles afin de mieux accueillir, écouter, respecter et donc soigner les patients.

Après la loi du 04 mars 2002, [4]

après le Plan bientraitance-maltraitance de mars 2007, [5]

après le guide pratique Bientraitance / maltraitance à l'usage des établissements et institutions « Que faire face à la révélation d'une situation de maltraitance ? » de la F.H.F, [6]

après le guide du Ministère de la Santé et des Solidarités « Gestion des risques de maltraitance en établissement », [7]

après les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm), [8]

après les outils proposés par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) et les travaux de fédérations d'établissements de santé pour accompagner le dispositif législatif relatif aux droits des usagers [9],

la notion de « bientraitance » se place au cœur des actions de prévention et de lutte contre la maltraitance. Cette thématique est intégrée aux orientations nationales de formation 2010 et au plan de formation des établissements de santé et médico-sociaux [10]. La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires confie aux Agences Régionales de Santé (A.R.S) la mission de développement de cette notion centrale [11].

Dans sa nouvelle procédure de certification, l'H.A.S. a élaboré 3 critères de qualité reposant sur :

- la gestion des plaintes et réclamations désormais « pratique exigible prioritaire »,
- la mise en œuvre d'un projet global de soins (mise en œuvre des droits des patients en fin de vie et soins palliatifs, prise en compte des directives anticipées, accompagnement des familles endeuillées, formation et soutien des professionnels),
- une démarche de promotion de la bientraitance reposant sur un engagement du management de l'établissement, de ses instances et, particulièrement, de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Elle met également l'accent sur la sensibilisation et la formation des professionnels et sur les actions de prévention de la maltraitance.

L'Annexe 2 de l'étude menée par Claire COMPAGNON et Véronique GHADI [12] (page 92 à 94), ainsi que les revues de littératures de l'Anesm [8] proposent des références réglementaires, des chartes, des études, des ouvrages et des ressources internet.

³ Sur le concept philosophique de dignité humaine, voir l'article « DIGNITE » dans le Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale (tome 1, pages 523 à 528), sous la direction de Monique CANTO-SPERBER : « Les origines des notions philosophiques contemporaines de dignité et de respect de soi sont profondément ancrées dans le contexte de l'histoire occidentale, mais c'est surtout dans le contexte de la pensée stoïcienne et de la philosophie des Lumières qu'elles ont établi leur emprise et se sont épanouies. Ces notions sont particulièrement importantes dans l'œuvre de Kant et dans la philosophie politique et morale néo-kantienne, quoique des notions apparentées jouent aussi un rôle considérable dans la pensée de la Renaissance, dans la réflexion de Rousseau, des moralistes britanniques et dans une partie de la philosophie contemporaine qui se distingue du kantisme (...) ». « ... Kant soutient que chaque être humain est doté de dignité (*Würde*) en vertu de sa nature rationnelle ... ». « A certains moments, Kant semble suggérer que seule une personne douée d'une 'bonne volonté' parfaite peut avoir de la dignité, mais le point de vue qui domine la plupart de ses écrits éthiques est que la valeur morale qu'il nomme 'dignité' doit être attribuée à tous les agents moraux, y compris ceux que leurs actions en rendent indignes ». « La dignité est 'une valeur inconditionnelle et incomparable' ... Cela implique, par exemple, que la dignité d'une personne est indépendante de son statut social, de sa popularité ou de son utilité pour les autres, car les facteurs peuvent varier lorsque les circonstances changent. En outre, du fait que la dignité est 'incomparable', l'on ne peut dire qu'une personne a plus de dignité humaine qu'une autre ... ».

b) Le point de vue du soignant.

Le 12 janvier 2010, avec le bilan d'une année d'activité du Pôle Santé et Sécurité des Soins, le Médiateur de la République publiait un rapport relatif à la maltraitance [13]. Ce rapport intitulé « *Le non-respect d'autrui : droits et devoirs des usagers et des professionnels de santé* » mettait en avant la bi-polarité du phénomène de maltraitance. Ce rapport soulignait le fait qu'aux violences morales, physiques et matérielles, aux négligences et excès de soins, aux atteintes à l'intimité, aux désintérêt, humiliation, mépris et objectivation des corps de la part des soignants envers les patients, se superposent les violences verbales (voir physiques), les incivilités, les remises en causes, les menaces des patients et accompagnants envers les soignants. S'il insistait sur le fait que la victime reste le patient, personne particulièrement vulnérable de par sa maladie et sa situation, il soulignait que, si l'on veut appréhender la problématique dans sa globalité, il faut également parler de patients-consommateurs, de comportements procéduriers, de *technisation* accrue des soins, de pression budgétaire, de réformes hospitalières successives et accélérées, de conditions de travail difficiles, d'organisations de travail inadaptées, de contraintes de travail alourdies et parfois contradictoires, voire d'épuisement professionnel (*burn-out*, culpabilité ...). Autrement dit, l'auteur de maltraitance, qui demeure un professionnel responsable, est également une personne vulnérable ou, en tous les cas, faillible. Le management institutionnel aurait donc à s'interroger sur ce plan.

Ajoutons la réaction du Syndicat National des Professionnels Infirmiers (S.N.P.I.) [14] à la publication du rapport du Médiateur qui, après avoir cité le manque de moyens et les suppressions de postes, proposait une analyse positive de la relation-soignant-soignée, en insistant notamment sur son caractère intimiste et en parlant de sens à donner plus que de responsabilité à assumer. Etait ainsi réhabilité le soin dans sa double dimension technique et relationnel à la fois. C'est la complémentarité du faire soin et du prendre soin.

Le concept de maltraitance englobe donc diverses situations et interactions. En se référant à ce qui a été énoncé précédemment, on pourrait parler de cas de maltraitance *aigüe* et de maltraitance *chronique*, par exemple, que l'on retrouve à l'hôpital. La perception de la maltraitance diffère alors selon les cas. Le témoignage du stagiaire reflète-t-il ces réalités ? Le comportement du formateur change-t-il selon celles-ci ? Qu'en est-il de la réaction institutionnelle ?

L'hôpital peut être perçu comme un monde « violent » auquel doit s'initier l'élève-stagiaire confronté aux réalités de terrain. Nous reparlerons de cette violence, notamment à travers la technicité du soin et du geste de soin, ainsi que de cet écart entre l'hôpital réel et l'hôpital idéal. Il est à préciser que l'hôpital a évolué et évolue dans un contexte réglementaire, économique, social et bio-médical qui n'est pas sans complexifier le cadre organisationnel, ni sans imposer des contraintes spécifiques (technicité accrue, espoirs et exigences, représentations du corps, de la maladie, de la mort, refus du « paternalisme », réformes successives, nouvelle gouvernance, tarification à l'activité ...). L'hôpital du XXI^{ème} siècle est un lieu aux multiples multiplicités : le contexte dans lequel il s'insère est multiple ; il est soumis à un encadrement normatif pluriel ; il travaille avec différents partenaires (internes et externes) ; il comprend des secteurs, des spécialités et des disciplines multiples ; de nombreux acteurs, appartenant à différents « corps », y exercent leurs métiers selon des pratiques multiples ; diverses pathologies sont traitées, de multiples patients sont pris en charge (avec de multiples accompagnants), le tout dans une société pluraliste, elle-même aux repères multiples. Dans le cadre de cet hôpital « multiple », les dimensions subjectives, culturelles et sociales méritent d'être citées. La perception de la maltraitance varie très probablement selon les individus et leur milieu socio-culturel.

Enfin, bien que ce ne soit pas le sujet traité, la notion de « pouvoir » entre le soignant et le malade pourrait également être évoquée. Sans avoir la prétention d'exploiter cette forme de relation qui peut s'entendre du soignant vis-à-vis du patient, mais également inversement, on peut rappeler que la théorie freudienne du sadisme, pourrait venir éclairer un des mécanismes de la maltraitance vis à vis du malade. A. Olivero, psychanalyste et J. Palazzolo, psychiatre, l'ont décrit dans leur livre *La parole et l'écoute. La relation soignant-soigné face à l'épreuve du SIDA* : Le sujet souffrant avec ses symptômes et ses maux demande de l'aide et se soumet alors à la compétence du corps soignant. Les soins prodigués soulagent et sont source de valorisation narcissique pour le professionnel. Cependant, le patient, par son attitude (inobservance, indifférence...), ou la maladie par son incurabilité, la dégradation physique dont elle est responsable, peuvent ébranler cet *équilibre* soignant-malade. Le soignant peut se sentir mis en échec, son fantasme de « guérir », « soulager les maux » étant mis à mal. Dans cette théorie, c'est cette perte du statut de toute puissance qui peut induire des comportements sadiques à l'égard du sujet souffrant, aboutissant à la maltraitance.

Le sadisme représente « une activité de violence, une manifestation de puissance à l'encontre d'une autre personne prise comme objet » (Freud, 1968). Freud considère le sadisme comme une agression envers autrui, un autrui qu'« il faut humilier, dominer, à qui il faut infliger de la douleur ». A l'hôpital, cette agressivité s'adresserait donc directement au patient qui, par son mauvais état de santé et ses plaintes, confronte le soignant à ses défaillances.

Enfin, un dernier angle de vue relatif aux auteurs de maltraitance explicite, par exemple, dans l'article *Burnout et Maltraitance dans la relation soignante* [15], consiste à établir un lien de causalité entre l'épuisement professionnel et les comportements de *désobjectivation* : « La maltraitance s'origine ici dans le quotidien d'institution, sans intention véritable, sans mise en sens, par souffrance psychique – où le *burnout* fait devenir des soignants des auteurs de maltraitance, effectuant leurs actes de manière désincarnée, déshumanisée. La maltraitance liée au *burnout* se différencierait de la simple incompétence et de la perversion ».

3. Position de l'élève, témoin direct d'un comportement ou d'un acte de maltraitance

Pour appréhender un cas de maltraitance, il semble important de le situer : par rapport au contexte, ainsi qu'au champ interactionnel et relationnel. Or, les situations qui entrent dans le champ de la saisine de la commission se placent dans le contexte particulier de l'école, de l'institut de formation. C'est pourquoi il convient de garder à l'esprit la place de l'élève ou de l'étudiant au sein de ce lieu et de ce temps de vie : un lieu et un temps d'apprentissage, d'expérience, de construction personnelle et professionnelle. Le positionnement s'avère celui de l'évalué.

a) L'approche législative.

De manière large, la maltraitance est punissable par la loi même si ce terme n'est jamais employé par le code pénal qui réprime, d'une manière plus générale, les violences et plus sévèrement encore celles commises à l'encontre des enfants et des personnes majeures dont la vulnérabilité est liée à l'âge, à la maladie, à des déficiences physiques ou mentales, à l'état de grossesse.

Empêcher un crime ou un délit contre l'intégrité corporelle d'une personne est une obligation légale de même que, infraction du même ordre, porter assistance à une personne en danger :

Article 223-6 du code pénal : « *Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende.*

Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. »

A l'inverse, il n'existe aucune obligation générale de dénoncer un délit sauf, précisément et par exception, lorsqu'il s'agit de mauvais traitements commis à l'encontre d'une personne incapable de se défendre par elle-même :

Article 434-3 du code pénal : « *Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende.*

Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13. »

Cette obligation ne s'impose pas aux personnes astreintes au secret professionnel mais ces dernières, encore une fois par exception, peuvent cependant choisir de révéler des faits de maltraitance dont elles ont connaissance, étant ainsi libérées de leur obligation au secret :

Article 226-13 du code pénal : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende. »*

Article 226-14 du code pénal ; « *L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :*

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire. »

b) Le dilemme, le conflit vécu.

Pour le témoin d'un cas de maltraitance, la déclaration est parfois vécue comme une dénonciation et se pose alors comme un dilemme moral. Le texte *Signaler une maltraitance est-il un dilemme moral ?* du Docteur Michel GEOFFROY [15], Bordeaux, 21 septembre 2008, explique qu'à l'obligation légale et morale du « Je dois signaler », se trouve le *contre-ordre* du « Je ne dois pas signaler » en raison du devoir de solidarité envers mes collègues. La loi est pourtant claire et impose la révélation des faits de maltraitance graves commis au préjudice d'une personne vulnérable. Elle ne laisse subsister un dilemme que pour les personnes astreintes au secret professionnel qui peuvent hésiter et soit révéler la maltraitance soit respecter le secret (afin notamment de privilégier la relation de confiance avec l'auteur de cette même maltraitance. Pourtant, dans la suite du texte, l'auteur montre alors qu'il n'y a pas dilemme moral, mais conflit de devoirs. Or le devoir envers mes collègues relève d'une relation symétrique (solidarité, amitié ...). Alors que le devoir professionnel envers le patient vulnérable relève d'une situation asymétrique. Cette asymétrie, fondement de la relation de soin, pourrait donc également être le fondement de notre obligation de signaler la maltraitance.

Il faut en outre insister sur le fait qu'il ne s'agit jamais, dans l'esprit de la loi, de dénoncer une personne pour qu'elle soit sanctionnée mais de révéler des faits pour que la victime soit protégée (au risque effectivement toutefois que la révélation entraîne aussi des sanctions contre l'auteur).

Le dilemme retrouve pourtant toute sa force lorsqu'il ne s'agit plus de révéler une maltraitance grave, au sens du code pénal, mais plutôt une série de dysfonctionnements dans la prise en charge d'une personne vulnérable, laquelle ne correspondrait plus de ce fait aux valeurs qui devraient y présider. Si les faits commis au préjudice des personnes vulnérables ne sont pas punis par le code pénal, il n'existe plus aucune obligation légale de révélation.

c) Quelques références philosophiques.

D'un point de vue philosophique, nombreuses sont les références qui pourraient venir guider les choix d'action. Notre objectif ne vise pas l'exhaustivité ; il convient toutefois de proposer certaines pistes de recherche possibles, sans entrer dans les débats conceptuels.

Nous pouvons présenter ces références en distinguant les morales dites maximales et les morales dites minimales⁴. Entendons, de manière générale, par maximalisme, l'idée selon laquelle les normes morales et les interdictions qui en découlent ne se limitent pas à autrui mais portent également sur la relation à soi : nous aurions, de ce point de vue, des devoirs envers nous-mêmes. En revanche, le minimalisme plaide pour une asymétrie du rapport moral à soi-même au regard du rapport moral à autrui, voire, dans sa version la plus radicale, pour une indifférence du rapport moral à soi-même. Ce n'est pas pour autant qu'il envisage une liberté sans borne ni vertu⁵.

⁴ D'un point de vue très général, la distinction entre minimalisme et maximalisme moral se joue moins en termes quantitatifs qu'en termes qualitatifs (la morale dite maximale n'a pas forcément plus de principes ou de valeurs que la morale minimale). Par ailleurs, des éthiques minimales dans leur définition peuvent s'avérer maximales dans leur extension. Un *système* moral peut avoir un contenu minimal et une application maximale. Exprimé autrement, l'usage maximal d'une morale minimale peut lui conférer une dimension normative étendue et *lourde*. Par conséquent, les choses ne sont pas si simples qu'elles pourraient paraître.

⁵ Sur ce sujet, voir *L'éthique aujourd'hui - Maximalistes et minimalistes*, Ruwen OGIEN, édition Gallimard, 2007, Folio Essais.

Une situation présentant une contradiction d'ordre moral semble appeler un maximalisme moral, comme seul moyen pour la dépasser. C'est-à-dire que l'on peut penser que la seule solution pour résoudre un dilemme moral est de recourir à un principe moral universel au regard duquel les situations ne sauraient être que des cas. Le stoïcisme cherche à unir les dimensions individuelles et universelles de bonheur et de justice (faire du bien à autrui au nom de la nature, pour préserver l'ordre du monde et, par conséquent, l'intérêt vital individuel, en raison d'un principe rationnel et universel qui existe en chaque individu).

Dans son dialogue *Le Criton*, PLATON montre qu'en commettant l'injustice, j'induis un double tort : un tort « concret » envers autrui comme être vivant (comme corps) et un tort moral envers moi-même comme être agissant (comme sujet). En quelques sortes, en commettant l'injustice, je m'inflige un plus grand tort qu'à autrui qui la subit. Par conséquent, agir justement envers moi-même me rendra heureux, même si je subis, par ailleurs, un autre tort.

Dans *L'éthique à Nicomaque*, ARISTOTE, montre qu'être juste, c'est se garantir le bonheur. Le bonheur authentique n'est pas celui que l'on recherche à travers les choses. Au contraire, c'est une fin parfaite, recherchée pour elle-même (et non en vue d'autre chose), donc autosuffisante. Pour le dire rapidement, le bonheur est un bien communautaire : l'homme heureux est l'homme vertueux, *animal politique*, qui vit avec ses amis dans une cité du *bien-vivre*. Sans expliciter la distinction aristotélicienne entre vertus morales (ou de caractère) et vertus intellectuelles (dianoétiques), les premières relèvent de l'habitude⁶ et de l'éducation : vertus de la partie désirante de l'âme humaine, elles ont affaire aux plaisirs et aux peines. Afin de maîtriser nos passions, Aristote nous invite à rechercher le « juste milieu » (concept de *médiété*) : loin d'être une attitude centriste, à égale distance entre deux extrêmes, ce « milieu » est à rechercher en fonction de ce que nous sommes et de ce que nous avons à faire dans telle ou telle situation. C'est la sagesse pratique, ou *phronêsis* (prudence) ; elle requiert de l'entraînement, de l'apprentissage.

C'est ainsi qu'il est de coutume de classer la morale aristotélicienne comme morale téléologique, fondée sur le bien et le bonheur (les actions sont conformes à un but). En réalité, elle est aussi déontologique (fondée sur le juste, la justice, le devoir : les actions sont conformes à une loi).

Une des références incontournables en philosophie morale, s'inscrivant dans les morales maximales spécifiquement déontologiques, s'avère être Emmanuel KANT. Il serait illusoire et inapproprié de tenter de résumer la philosophie kantienne. Citons modestement l'impératif catégorique dans sa formule la plus connue : « *Agis uniquement d'après la maxime qui fait que tu peux vouloir en même temps qu'elle devienne universelle* » et encore « *Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre aussi en même temps comme une fin et jamais simplement comme un moyen* ». Cette perspective met en garde contre l'*objectivation* ou, pour reprendre un terme contemporain, l'*instrumentalisation*. Elle vise à reconnaître autrui comme un sujet, un être-pour-soi (non un être-en-soi), une personne ... et, ainsi, à préserver l'humanité ou encore la dignité humaine (voire note 3 de bas de page).

Par ailleurs, une pensée fondatrice des morales dites minimalistes, souvent réduites au courant dit utilitariste, est celle de John-Stuart MILL avec le principe de Non-nuisance ou le *Ne pas nuire à autrui* (voir note 1 de bas de page). *To prevent harm to others*, empêcher les dommages aux autres pourrait constituer un horizon minimal à respecter en toute situation et, par conséquent, en situation de soins.

⁶ *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, sous la direction de Monique CANTO-SPERBER tome 1, p. 105 à 113. Jean-Louis LABARRIERE écrit : « La vertu se définira donc génériquement comme une habitude, c'est-à-dire une disposition ferme et acquise à bien maîtriser nos passions, disposition qui devient proprement une excellence quand nous parvenons à atteindre ce fameux 'juste milieu' qui définit spécifiquement la vertu et qui explique qu'elle soit une excellence difficile à atteindre puisque ce juste milieu est lui-même un 'extrême', un sommet ».

Nous libérant de la volonté de « cataloguer » quelques autres références possibles, nous pourrions évoquer l'argument du *visage* de l'autre *qui oblige* de Levinas. Celui-ci met, en effet, l'accent sur le principe de fraternité pour fonder une philosophie de la proximité : « *Le prochain est frère* », « *Dans l'approche, je suis d'emblée serviteur du prochain* », ce prochain « *qui m'assigne avant que je ne le désigne* » et « *qui m'ordonne avant d'être reconnu* ». Dans la continuité, Emmanuel HIRSCH écrit : « *Le proche est le fidèle, celui qui ne déserte pas et n'abuse pas pour autant d'un pouvoir ou d'une autorité à la mesure de la détresse ou de la vulnérabilité éprouvée par la personne* ». *Ces pensées vont dans le sens d'une attitude de proximité avec la personne malade, le sujet que l'on soigne* » (on parle encore de *proximologie*, voire *d'humanité*).

Dans cette perspective, nous pourrions évoquer la *sollicitude* chère à Paul RICOEUR, *sollicitude* « qui demande que secours soit porté à toute personne en danger », trait de l'éthique dite fondamentale, que rend visible l'éthique médicale. Il définit la sollicitude comme « *la structure commune à toutes les dispositions favorables à autrui qui sous-tendent les relations courtes d'intersubjectivité* »⁷ et dont le respect de l'autre n'est que l'une des configurations.

Dans une perspective plus anglo-saxonne, les principes bioéthiques de Tom BEAUCHAMP et James CHILDRESS (la bienfaisance, la non-malfaisance, l'autonomie, la justice)⁸ peuvent également servir de guide au questionnement dans ce contexte des soins.

Revenons au positionnement de l'élève ou étudiant stagiaire, témoin d'un acte ou d'un comportement de malveillance. L'on pourrait dire que l'élève qui révèle des faits à un formateur remplit, d'une certaine manière, son éventuelle obligation légale : témoin d'une maltraitance, il la porte à la connaissance d'une autorité qui peut ensuite intervenir pour la faire cesser. D'un strict point de vue juridique, une fois qu'il s'est dessaisi de cette information en la communiquant à une personne en situation de responsabilité, comme l'est son formateur, l'étudiant n'en est plus maître ; aucun texte ne lui permet en tout cas d'exiger ensuite le silence. Néanmoins, cela suffit-il ? « Confier » son vécu à son formateur, hiérarchiquement « plus responsable » que l'élève, tout en lui demandant de garder la confidentialité, permet-il à cet élève de remplir ses responsabilités ?

Jean-Paul SARTRE, qui propose un existentialisme fondé sur la *responsabilité*, en verso de la liberté, écrit : « *Quand nous disons que l'homme est responsable de lui-même, nous ne voulons pas dire que l'homme est responsable de sa stricte individualité, mais qu'il est responsable de tous les hommes* ». Autrement dit, la responsabilité s'étend aux autres sujets qui partagent la même condition et la même facticité. Ce qui semble d'autant plus valable dans la situation spécifique du soin qui représente un paramètre de poids. Le stagiaire est témoin d'un comportement de maltraitance à l'hôpital, un lieu de secours, où le malade est en position de vulnérabilité et où le soignant a la responsabilité professionnelle d'en prendre soin.

Au risque de nous répéter, il semble pourtant essentiel de souligner ici la potentielle vulnérabilité du stagiaire, tant au sein de son institut de formation (son école) qu'au sein de son lieu de stage. En d'autres termes, l'élève-stagiaire n'est pas en position de « pouvoir ». S'il est responsable en tant que citoyen, l'institution dans laquelle il évolue l'est également et à plusieurs niveaux. N'est-il pas de son rôle que d'impulser une dynamique de la responsabilité ?

⁷ *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, sous la direction de Monique CANTO-SPERBER tome 1, p. 692

⁸ Ces principes sont réputés être ceux de l'éthique biomédicale. En 1973, aux Etats-Unis, est créée la *National commission for the Protection of Human Subjects of biomedical and Behavioral Research* chargée d'énoncer des règles normatives relatives à la recherche biomédicale. Dans la continuité de cette entreprise, en 1978, le *Rapport Belmont* énonce trois principes-clés en matière de recherche : le respect de la personne, la bienfaisance et le principe de justice. En 1979, T. BEAUCHAMP et J. CHILDRESS publient *Principles of Biomedical ethics*, s'inspirant très fortement du Rapport cité ci-avant pour le champ de la recherche, mais en les appliquant également aux soins. C'est ainsi que sont posés les quatre principes de l'éthique biomédicale. Ils impliquent que toute décision médicale prenne en compte l'autonomie du patient, son bien et le critère de justice.

Dans *L'éthique appliquée*, M. MARZANO les résume comme suit : « *Le principe d'autonomie* affirme que chaque patient est une personne autonome, c'est-à-dire capable de faire des choix et de prendre des décisions : c'est le fondement philosophique de la règle du consentement éclairé des patients. *Le principe de bienfaisance* vise à assurer le bien-être des personnes, ce qui nécessite, sur le plan médical, une prise en compte du rapport entre les risques et les bénéfices des différents actes de soins. *Le principe de non-malfaisance* reprend le *primum non nocere* (« ne pas nuire ») de la tradition hippocratique. *Le principe de justice*, enfin, consiste à ne pas faire de discrimination et à ne pas avantager uniquement les plus favorisés : il vise à réguler l'allocation des ressources et des moyens limités, qu'il s'agisse des organes pour une transplantation ou des budgets de la politique de santé ». Et d'ajouter que l'originalité de ce *principiis* réside dans l'importance accordée à ces quatre principes à la fois, c'est-à-dire en même temps, tous ayant le même degré de pertinence lors de résolution de problèmes posés par la médecine et présentant un dilemme moral.

4. Position du formateur dépositaire d'un témoignage d'élève

a) Le dilemme du formateur, les recours.

S'agissant du témoignage et de la déclaration de la maltraitance, le signalement n'est pas une dénonciation ou une délation. Il arrive pourtant qu'il soit vécu comme tel. L'état d'esprit pourrait être différent si était visé l'objectif d'amélioration pour chacun : victimes, auteurs, autres professionnels et stagiaires, institution ... Présenté et réalisé dans cette optique, le signalement s'assumerait dans un projet constructif. Semblent se poser néanmoins deux conditions minimales de possibilité : que la sanction ne soit pas la seule réponse apportée et que le problème soit géré dans son intégralité.

Que se passe-t-il concrètement pour celui qui témoigne et déclare ? Comment lui éviter les conséquences néfastes que cela pourrait induire ? Un soutien ou un accompagnement institutionnel est-il prévu ?

Le formateur peut donc lui aussi se trouver dans une apparente situation de dilemme moral. Respecter le silence de la confiance que lui demande la stagiaire, c'est ne pas venir en aide, aux victimes, en premier lieu, au secteur et à l'équipe concernée en second lieu, enfin, à l'institution, en troisième lieu. Trahit-il la confiance du stagiaire s'il l'incite à déclarer ? Peut-il soutenir le stagiaire dans cette démarche et le « protéger » (lui éviter une mauvaise appréciation de stage par exemple) ? Car l'étudiant ou l'élève est vulnérable par rapport au professionnel de santé. Existe-t-il une procédure allant dans ce sens, permettant au formateur de rompre les *solitudes* : celle de l'élève se confiant, celle du formateur écoutant, celle du patient maltraité, celle du soignant maltraitant ? Le questionnement pourrait être poussé plus loin encore : cela relève-t-il d'une procédure ?

Il apparaît évident que la conception anticipée d'une procédure pour les signalements de maltraitance par les stagiaires serait de nature à en faciliter la déclaration et le traitement. Encore faut-il que celle-ci soit suffisamment souple pour laisser une certaine liberté à chacun des intervenants. Cette liberté d'appréciation, fondatrice de la responsabilité individuelle et de la créativité indispensable au *soigner*, est nécessaire pour éviter que la procédure s'impose comme seule réponse concrète, technique et institutionnelle à une problématique profondément humaine. En effet, l'éthique procédurale connaît des limites et des dérives⁹. L'excès de procédures, parfois leur simple existence, tend à déresponsabiliser les acteurs. Elaborer une procédure de manière pluridisciplinaire tend à freiner le désengagement.

Pour éviter le désengagement, si procédure il y a, elle ne peut représenter une unique « solution ». Elle serait à concevoir davantage comme incitative, comme une action possible parmi d'autres. Au-delà de l'exploitation qui en serait faite et des suites qui seront données, une réflexion de fond et collective reste essentielle afin d'envisager différentes actions pertinentes au regard de ce problème, mettant en jeu une pluralité de paramètres et d'acteurs.

⁹ Dans *Le devoir de non-abandon* d'Emmanuel HIRSCH, on remarque l'omniprésence de *la liberté* : liberté du patient, liberté du soignant, liberté de tout un chacun. Cette liberté est source d'autonomie et de dignité, de créativité et de responsabilité : à la source de l'identité. Il s'agit, par exemple, de « Reconnaître le malade dans son espace de liberté personnelle avant celui de son autonomie, pour être reconnu par lui » (p.11), de « l'usage d'une liberté dont on est trop souvent tenté de se démettre afin de se prémunir contre toute responsabilité personnelle » (p. 20), de la liberté « dans les circonstances où la chronicité, la douleur, la dépendance, l'échéance rapprochée de fin de vie semblent en atténuer le sens, la valeur, ou alors, fort paradoxalement, les exacerber » (p. 23-24), de liberté personnelle (p. 15 ou 78), de liberté d'appréciation (p. 33), d'une marge de liberté nécessaire ou d'un espace de liberté et de responsabilité (p. 60), d'une liberté délibérative (p. 62) ...

Dès l'introduction (p. 17), E. HIRSCH commence par citer Claude BRUAIRE démontrant que l'exercice personnel de notre raison fait défaut, cette raison comme « non pas une contrainte à l'égard de la liberté, mais son meilleur moyen de s'exercer ». On le retrouve dès la page suivante, celui-ci considérant que « l'éthique est affaire de liberté et, en ce sens, l'action éthique est toujours inventive d'elle-même. Ce qui n'est pas à inventer, ce qui n'est pas à décider, c'est que nous sommes en obligation morale ».

Par ailleurs, nous retrouvons, à plusieurs reprises, l'idée qu'un excès de normes et de procédures déresponsabilise les soignants, comme une entrave à la liberté, donc à l'engagement et à la créativité débouchant sur une déshumanisation du soin. Or, pour le dire de manière très raccourcie, qui dit moins *humain*, dit moins *éthique*. Il en est question dès le tout début du premier chapitre consacré à l'éthique hospitalière (cf. citation d'Alain CORDIER, p. 39). Les procédures sont appréhendées comme des *défaites inacceptables*, voire des *renoncements injustifiables*, comme des *considérations qui dénaturent les pratiques en privilégiant le coût et la gestion au détriment d'une relation humaine par excellence* (p.43). En cohérence avec Pierre JOUANNET, l'auteur se positionne en faveur d'une éthique de la responsabilité et en défaveur d'une éthique « administrative » précisément définie, dans une optique de contrôle, comme déresponsabilisante. Page 60 : « *Il ne s'agit pas de renforcer les contrôles, là où les procédures en matière de sécurité sanitaire exercent déjà des contraintes qui s'ajoutent aux encadrements budgétaires. Au contraire, il importe de reconquérir et de réhabiliter un espace de liberté et de responsabilité qui tient à la vigueur des principes véritablement assumés dans le soin* ».

Une marge de manœuvre reste indispensable à une éthique hospitalière relationnelle. La problématique du savoir-faire éthique (pour reprendre F-J. VARELA précédemment cité) ne se résout pas à l'aide de procédures, de standards de communication ou de dossiers-supports de contractualisation entre un patient et un hôpital.

Un élément préalable dont le formateur doit s'assurer avant d'engager le stagiaire dans une procédure de déclaration est le caractère avéré de la maltraitance. Cela semble une évidence pédagogique puisqu'il relève du rôle du formateur de rappeler la tension du soin : ce soin à la fois *réparateur* et *violent* (parce qu'invasif, technique et qui met le patient face à des réalités corporelles « brutes »). Le patient est en demande de soin sans pour autant choisir ce soin réalisé par ce soignant (tout comme le soignant ne choisit pas ce soin réalisé pour ce patient). Prendre la précaution de ce rappel permet de mieux « évaluer » la situation. Le formateur peut également inciter l'élève à échanger sur la part de subjectivité que tout soignant doit assumer et l'accompagner dans ce cheminement réflexif. Par ailleurs, le sujet de la maltraitance renvoie à la propre violence dont chacun est potentiellement *capable*.

En cas de maltraitance avérée, il y a une part d'inacceptable pour le stagiaire comme pour le formateur. Car l'on touche au cœur du métier de soignant : Le « mal » se produit exactement là où le « bien » (en tous les cas, un bienfait) est attendu. Les valeurs enseignées, supposées et apprises sont alors confrontées à la réalité concrète du terrain. Néanmoins, si un décalage reste concevable entre théorie et pratique¹⁰, celui-ci ne s'étend pas aux actes ou comportements de maltraitance.

La démarche d'évaluation des faits révélés paraît donc primordiale : contrairement à l'étudiant, le formateur dispose de la compétence, des références théoriques, de l'expérience et du recul nécessaires pour qualifier, ou non, de maltraitance la situation qui lui est décrite. Ceci pourrait le conduire à rechercher des informations complémentaires auprès de collègues, d'autres étudiants ou de professionnels concernés. Toutefois, si la vulnérabilité peut s'entendre non seulement pour le patient, mais aussi pour l'étudiant, ainsi que pour le professionnel en activité, elle est à concevoir également pour le formateur vis-à-vis de l'institution.

En tout état de cause, qu'il s'agisse d'une maltraitance caractérisée (qu'il conviendrait d'un point de vue juridique de révéler), d'une prise en charge défailante sur certains aspects (l'institution concernée devrait être aidée à les corriger) ou d'une mauvaise appréciation de l'étudiant (qu'il faudrait l'aider à comprendre afin qu'il poursuive sa formation), cette première étape de qualification des faits paraît incontournable tant pour le formateur que pour l'étudiant.

b) Accompagner les témoins ? Les enjeux pour les formateurs

Prévenir, inciter à signaler, sensibiliser, former, soutenir, révéler, sanctionner, ainsi que promouvoir la *bienveillance*, tels sont les champs d'actions politiques et institutionnels pour lutter contre la maltraitance.

Et pour les formateurs ? *Quels enjeux éthiques se posent aux formateurs dans l'accompagnement d'un élève aide-soignant ou d'un étudiant en soins infirmiers qui témoigne d'une situation de maltraitance concernant des personnes soignées ?*

Le concept de **responsabilité** paraît être le premier enjeu qui se dégage de cette situation. En effet, c'est la responsabilité du formateur qui est ici en jeu et ce, à plusieurs « niveaux » :

- Le formateur est responsable en sa qualité de formateur, quant à la formation dispensée à l'élève ou l'étudiant, les valeurs morales inculquées et l'accompagnement qu'il est tenu de lui garantir (conséquences sur l'activité, le parcours et l'avenir professionnel de l'étudiant, sur ses actes et son comportement dans l'inter-agir).
- Le formateur est responsable en tant que citoyen, en tant que titulaire de la fonction publique hospitalière et en tant que soignant, d'inciter l'élève ou l'étudiant à témoigner, voire de témoigner lui-même, et ce, en premier lieu, vis-à-vis de la victime (donc du patient).
- Le formateur est responsable en tant que professionnel de la santé vis-à-vis de l'institution hospitalière dans laquelle il exerce. Il ouvre alors le champ de responsabilité de celle-ci et de son management. Il remet en question son organisation et interroge ses valeurs. Il lui soumet une requête lui permettant d'assumer ses propres responsabilités.

¹⁰ En référence à ce qui a été dit plus haut, à savoir l'adaptation de l'étudiant aux réalités difficiles de l'hôpital réel, avec des patients et des soignants réels et non idéaux.

- Le formateur est responsable vis-à-vis de ses collègues qui peuvent être auteurs de maltraitance ou membres de l'équipe de soin à laquelle appartient l'auteur connu sans être signalé (question de l'acceptation passive ou, en tous les cas, de la non-déclaration).

Quelle idée de la responsabilité va-t-il véhiculer à travers sa réaction ? Quelle éthique hospitalière va-t-il alors promouvoir ? Quelle conception du soin va-t-il enseigner ? Quel accompagnement veut-il et peut-il assurer ?

Quel acteur est-il au sein de son Institution ? S'agit-il d'accepter l'individualisme ? Quelle alternative a-t-il ? Le paternalisme ? Pourquoi pas *l'humanisme* dont il est de plus en plus question en matière d'éthique du soin ? Quels moyens l'institution donne-t-elle pour permettre de mettre en pratique et de respecter les valeurs intrinsèques du soin (dimension de l'éthique institutionnelle et institutionnalisée) ?

Par conséquent, c'est l'engagement professionnel et personnel du formateur qui est ici questionné. De ce premier enjeu découle un second enjeu, tout aussi fondamental, qui est l'identité : celle du formateur (avec les différents « niveaux » énumérés ci-dessus), mais également celle de sa profession, de son institution, des personnes qu'ils forment, celle des patients également.

Quel *éducateur* est-il ? A quoi *éduque*-t-il ? Peut-il *éduquer* ses élèves et étudiants et *ré-agir* pour *ré-éduquer* ses collègues soignants vers une spontanéité éthique¹¹, pour une **éthique hospitalière relationnelle**. Car la relation peut construire mais également détruire. Or si la relation de soin est certes asymétrique, elle n'en demeure pas moins bi-latérale. Il est donc question de reconnaissance¹² : celle de l'homme couché pour l'homme debout et réciproquement (non symétriquement).

¹¹ Sur le sujet, l'on peut se référer à J-J ROUSSEAU (*L'Emile ou De l'éducation*) ou, plus récemment et dans un autre registre, F-J VARELA (*Quel savoir pour l'éthique ? Action, sagesse et cognition*).

Dans cet ouvrage, Fransisco J. VARELA pose les deux questions suivantes : (1) De quelle manière faut-il comprendre le savoir-faire éthique ? (2) Comment s'élabore-t-il et se développe-t-il chez l'être humain ? Il s'intéresse donc au comportement éthique spontané dans les actions de la vie quotidienne, dans le faire-face immédiatement aux événements et dans les actions dites éthiques par rapport à un but fixé. Il met en évidence la méconnaissance répandue de ce faire-face immédiat qui se traduit d'ailleurs dans les sciences de la cognition « dans les sciences mêmes qui se consacrent à l'étude de l'esprit et de la connaissance ». Sans entrer dans l'analyse fine de sa démonstration pour le moins originale, notons que les faire-face immédiats ou comportements éthiques spontanés, pourrions-nous dire, ne relèvent pas de l'ordre du réflexe comme cela semble être le cas a priori, mais d'un travail historique. En quelques mots, précisons que le quotidien est fait de micromondes qui constituent notre identité. Dans ces micromondes, nous sommes, en quelques sortes, experts. Toutefois, les passages d'un micromonde à un autre sont des moments de « ruptures » ou « charnières » à la source de l'autonomie de l'individu qui « trouve le chemin approprié vers le moment suivant en utilisant ses ressources pour agir comme il convient » (p. 28). Autrement dit, dans ces moments de « ruptures », nous réfléchissons. Selon F.J Varela, le rôle de l'immédiateté est d'importance, dans nos activités quotidiennes et dans nos actes dits éthiques : une grande partie relève d'un savoir-faire spontané, une petite d'une analyse délibérée.

S'agissant de ce qu'il nomme la *sollicitude authentique*, l'auteur explique « qu'elle ne peut être pleinement dévoilée que grâce à un apprentissage éthique soutenu et réussi » (p.119) ou plutôt c'est en désapprenant, en levant le voile des habitudes normées et automatismes réglés que l'on peut s'ouvrir et s'éveiller à cette immédiateté éthique. Cette pratique de l'apprendre en désapprenant, du dévoiler en levant les voiles et de la distanciation permise par la vigilance nous semblent pouvoir être rapprochés de la réflexion réflexive de l'analyse a posteriori des situations et pratiques de soins, comme un accompagnement pour dé-coder.

L'apprentissage éthique permettrait une certaine amitié de soi ouvrant sur une sollicitude authentique et désintéressée pour autrui. Comment alors ne pas penser à cette différence entre amour de soi et amour propre chez ROUSSEAU ?

En effet, l'amour de soi permettrait d'étendre ma bienveillance vers autrui et donc vers moi-même ; tandis que l'amour propre replierait ma malveillance pour autrui et, par conséquent, également pour moi-même. Car ce qui se joue dans les sentiments moraux influe sur les relations à autrui, mais aussi toujours-déjà sur les relations à soi. L'amour-propre déforme et dégrade autant mes rapports à autrui qu'à moi-même. Or s'il est question d'éducation - en référence à *L'Emile ou De l'éducation*, c'est dans la mesure où les rapports à autrui et à soi peuvent se développer, pendant l'enfance, de manière positive ou négative. Ainsi, le sujet humain n'est pas, par nature, comme une essence incontournable, bon ou mauvais, bienveillant ou malveillant, altruiste ou égoïste. Pour le dire autrement, la subjectivité morale n'est donc pas une essence mais une histoire. Elle se réalise historiquement. Par conséquent, la morale ne se réduit pas à l'application aux relations de principes extérieurs. Au contraire, Rousseau nous propose d'envisager les normes comme issues de l'intérieur même des relations. Plus encore, la conscience morale émerge des relations entre sujets. Le sujet moral est relationnel (socialité originare de l'homme) ; la subjectivité morale est un effet de relation et d'histoire. Cette historicité implique donc une éducation qui permet de retrouver des normes et prévenir les risques d'immoralité. Pour le dire rapidement, la morale relationnelle proposée par Rousseau intègre les dimensions biologiques et politiques : car la morale a un soubassement naturel (lié à notre corps, à notre vie biologique, à nos besoins) et trouve un écho en politique. Mœurs et lois interagissent, si l'on peut dire, ou encore justice morale et justice publique se conditionnent l'une l'autre.

¹² La reconnaissance intersubjective semble constituer un concept-clé en matière de relation, si elle est envisagée, même asymétrique, comme bi-latérale et bi-réflexive.

Un élément fondamental réside dans la notion d'intersubjectivité qu'il convient d'entendre de manière complète : s'il est question de relation entre les sujets (entre A et B), il est également question de relation à l'intérieur du sujet lui-même (de A avec A). Plus encore, cette relation à l'intérieur même du sujet (de A avec A) dépend de la relation entre les sujets (entre A et B). Et davantage encore, ce rapport à soi-même (de A avec A) dépendant du rapport à l'autre (de A et B) dépend aussi du rapport à soi de l'autre, c'est-à-dire de son rapport à lui-même (de B avec B), qui dépend à son tour du rapport intersubjectif (de B avec A) dépendant du rapport de l'autre à lui-même (de A avec A). C'est en ce sens complexe que s'entend l'intersubjectivité.

Sur un plan philosophique, cela nous ramène inmanquablement à la pensée de HEGEL qui a inspiré la « théorie de la reconnaissance » d'Axel HONNETH et l'Ecole de Francfort.

Au sein de l'institution dans laquelle il travaille, de quelle éthique sera-t-il *acteur* ? D'une éthique « administrative » lourde de normes, de règles, de menaces et de sanctions (qui ont toute leur place mais pas seulement) ? Quel acteur peut-il être ? Quel éducateur peut-il être ? Quel professionnel peut-il être ? Quel soignant peut-il être ? Quel homme/femme ? Ce sont donc les **valeurs morales** qui sont en jeu, celles de l'institution, les siennes propres.

Enfin, au-delà même des normes et des valeurs, conjointement aux enjeux de responsabilité et d'identité, il est également question de **sens**. N'y a-t-il pas une finalité inhérente au *soigner* qui reste à préserver en toutes circonstances, quelques soient les contraintes, pour laquelle chaque soignant a le devoir de *résister* ? En effet, sans idéalisme, même si les cultures et morales diffèrent parmi les soignants multiples, les métiers du *soigner* n'engagent-t-il pas à l'horizon d'humanité à préserver indépendamment du contexte ?

Conclusion :

L'examen de cette saisine montre que les enjeux éthiques ici soulevés sont d'ordre individuel, collectif et institutionnel. La réponse apportée par la commission consultative de l'E.E.H.U vise à fournir, autant que possible, des éléments pour permettre à chacun de décider ce qu'il doit faire, selon sa fonction et sa responsabilité.

Ainsi, dans un premier temps, le présent document part du concept général de maltraitance : un concept politique et social, récent, répandu ; un concept pluriel, multiple, impliquant un champ interactionnel et relationnel complexe.

Dans un second temps, la maltraitance à l'hôpital se caractérise comme en écart avec les valeurs et les missions de soins et de secours du service public hospitalier. Elle a fait l'objet de plusieurs études, textes, recommandations. C'est la notion de « bienveillance » qui est récemment apparue au cœur des actions de prévention et de lutte contre la maltraitance. Si l'indéniable et évidente vulnérabilité de la victime est soulignée, une certaine forme de vulnérabilité peut être envisagée, au sein d'un hôpital pouvant paraître « violent » sous certains angles de vue.

Dans un troisième temps, l'on montre que, pour appréhender la maltraitance, il nous faut la *situer*, la *contextualiser*. C'est à ce stade du développement que nous franchissons les portes des écoles et instituts de formation, afin d'envisager la position de l'élève en stage, en situation d'évalué, témoin direct d'un comportement ou d'un acte de maltraitance. La déclaration de ce fait, vécue souvent davantage comme une dénonciation, pose un apparent dilemme moral à l'élève, ses valeurs et représentations du soin et de l'hôpital étant bousculées par les réalités de terrain. La loi n'oblige pas à dénoncer un délit sauf précisément lorsqu'il s'agit de mauvais traitements commis à l'encontre d'une personne incapable de se défendre par elle-même. Bien que cette obligation ne s'impose pas aux personnes astreintes au secret professionnel, par exception, la loi les libère de cette obligation au secret, laissant alors le choix de révéler les faits. Par ailleurs, l'asymétrie de la relation de soin incite également la déclaration de la maltraitance, dans un esprit de protection de la victime en particulier et de l'amélioration de la situation en général, pour les autres victimes potentielles, pour les stagiaires à venir, pour l'équipe, pour l'institution et y compris vis-à-vis de l'auteur de maltraitance. Plusieurs références philosophiques peuvent venir appuyer cette argumentation, depuis le minimaliste « ne pas nuire à autrui » jusqu'aux morales téléologiques et déontologiques, vers les éthiques de la responsabilité.

Un quatrième temps explicite la position du formateur dépositaire d'un témoignage d'un élève-stagiaire relatif à un comportement ou acte de maltraitance. Le formateur peut alors se sentir seul et en situation de conflit moral. La qualification des faits avec l'élève apparaît comme une étape incontournable, déterminante pour la suite des actions. La conception anticipée d'une procédure institutionnelle souple de signalement faciliterait les déclarations et les incitations vers une telle démarche, si tant est qu'elle ne se limite pas à la sanction et prenne en compte les différents acteurs impliqués dans une perspective d'amélioration.

Les enjeux éthiques soulevés relèvent de la responsabilité, de l'engagement, de l'identité, des valeurs et du sens du soigner. Une éthique réflexive induit une dynamique relationnelle de l'échange et de la discussion. La réflexion engage bien évidemment à penser, penser par soi-même et penser ensemble. Mais elle comprend également un retour à soi et, par conséquent, à l'autre. Réfléchir sur une pratique de soin, par exemple, c'est se questionner sur cette pratique, autour de cette pratique, mais pour y revenir, avec l'intention d'un retour sur celle-ci : c'est ainsi qu'elle engage à une volonté d'agir ; ce qui vaut pour tous les sujets inclus dans l'*inter-agir* de la pratique.

Références

- 1 C Rey Salmon. Le concept de maltraitance (résumé). J Radiol 2008 ; 89 :1288-9.
- 2 Kempe C.H., Silverman F.N., Steele B.F., Droegemueller W., Silver H.K. The Battered- Child Syndrome. *JAMA* 1962, 181:17-24.
- 3 Comité pour la réadaptation et l'intégration des personnes handicapées (CD-P-RR) - Groupe de rédaction sur la violence, la maltraitance et les abus à l'égard des personnes handicapées (P-RR-VIA-DG) - 1ère session- Strasbourg, 11 – 12 février 2002 / Projet de résolution sur la protection des adultes et enfants handicapés contre les abus / classification suivante :
 - **la violence physique** qui comprend l'usage abusif des châtiments corporels, l'incarcération y compris l'enfermement chez soi sans possibilité de sortir, l'usage excessif ou à mauvais escient de médicaments, et l'expérimentation médicale sans consentement;
 - **les abus et l'exploitation sexuels**, notamment le viol, les agressions sexuelles, les outrages aux mœurs, les attentats à la pudeur, la participation forcée à des actes de pornographie et à la prostitution;
 - **les menaces et les préjudices psychologiques**, généralement les insultes, l'intimidation, le harcèlement, les humiliations, les menaces de sanctions ou d'abandon, le chantage affectif, l'arbitraire, le déni du statut d'adulte et l'infantilisation des personnes handicapées;
 - **les interventions portant atteinte à l'intégrité de la personne**, y compris certains programmes à caractère éducatif, thérapeutique ou comportemental;
 - **les abus financiers**, les fraudes et les vols d'effets personnels, d'argent ou de biens divers;
 - **les négligences, les abandons et les privations**, d'ordre matériel ou affectif, et notamment le manque, souvent répété, de soins de santé, les prises de risques inconsidérées, la privation de nourriture, de boissons ou d'autres produits d'usage quotidien, y compris dans le cadre de programmes éducatifs ou de thérapie comportementale.
- 4 Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - <http://admi.net/jo/20020305/MESX0100092L.html>
- 5 Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance, du 14 mars 2007 - Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan.pdf
- 6 Guide pratique Bientraitance / Maltraitance à usage des établissements et institutions « Que faire face à la révélation d'une situation de maltraitance ? », Fédération Hospitalière de France. [http://www.fhf.fr/content/view/full/12109/\(language\)/fre-FR](http://www.fhf.fr/content/view/full/12109/(language)/fre-FR)
- 7 Gestion des risques de maltraitance en établissement. Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et adultes handicapés. Décembre 2008. http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/guide_gestion_des_risquesPAPHetab_2.pdf
- 8 Revue de littérature. Recommandation « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », Février 2008. Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/revue_litterature_bientraitance_anesm.pdf
- 9 Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile. Services d'aide, d'accompagnement et de soins intervenant au domicile d'adultes vulnérables relevant des articles L.312-1 et L.313-1-1 du code de l'Action sociale et des familles. Septembre 2009. http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_maltraitance_a_domicile_anesm.pdf
- 10 http://www.coridys.asso.fr/pages/pol_nat/reseaux.html
- 11 Bientraitance des personnes âgées : Nora Berra dote les établissements et les professionnels de kits de formation, septembre 2010. <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/actualite-presse,42/dossiers-de-presse,46/bientraitance-des-personnes-agees,12386.html>
- 12 Loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoires », juillet 2009. <http://www.sante-sports.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html>
- 13 La maltraitance « ordinaire dans les établissements de santé », Claire Compagnon et Véronique Ghadi. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf
- 14 Médiateur Actualités décembre 2009 / janvier 2010, numéro 53
Le non-respect d'autrui : droits et devoirs des usagers et des professionnels de santé
http://www.mediateur-republique.fr/fic_bdd/pdf_fr_fichier/1263304969_MDA53_pour_le_web_page_1.pdf
http://www.mediateur-republique.fr/fic_bdd/pdf_fr_fichier/1263304951_MDA53_pour_le_web_pages_2-3.pdf
- 15 Maltraitance ordinaire à l'hôpital : analyse SNPI. 31 janvier 2010 <http://www.syndicat-infirmier.com/Maltraitance-ordinaire-a-l-hopital.html>
- 16 Burnout et maltraitance dans la relation soignante. L. DALOZ, H. BENONY, N-CI FRENISY, K. CHAHRAOUI, Les Annales médico-psychologiques 163 (2005) 156-160.
- 17 Signaler une maltraitance est-il un dilemme moral ? Dr Michel GEOFFROY, Bordeaux, 21 septembre 2008. http://aquitaine.sante.gouv.fr/download/michel_geoffroy.pdf

Autres éléments bibliographiques

Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) – Mars 2008 – *La convention tripartite : un levier dans la promotion de la bientraitance des personnes âgées accueillies dans les EHPAD du Nord*. Mari Lantuejoul.

<http://ressources.ensp.fr/memoires/2008/iass/lantuejoul.pdf>

Conseil de l'Europe, Direction Générale III – Cohésion Sociale, Direction des Affaires sociales et de la santé – Accord partiel dans le domaine social et de la santé publique – *Résolution ResAP(2005)1 relative à la protection des adultes et enfants handicapés contre abus*.

www.coe.int/soc-sp

Magazine de l'ordre des médecins – septembre-octobre 2010 – *Bientraitance : la nouvelle donne*.

www.conseil-national.medecin.fr

Criton, PLATON, GF Flammarion, 1997.

Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale, sous la direction de Monique CANTO-SPERBER, Presses Universitaires de France, 1^{ère} édition octobre 1996, septembre 2004 pour l'édition « Quadrige », Collection Quadrige Dicos Poche, 4^{ème} édition revue et augmentée.

Ethique à Nicomaque, ARISTOTE, GF Flammarion, réédition 2004.

Ethique et Infini, Emmanuel LEVINAS, Biblio essais, Le livre de poche, libraire Arthème Fayard, 1982.

Fondements de la Métaphysique des mœurs, Emmanuel KANT

Le devoir de non-abandon. Pour une éthique hospitalière et du soin. Emmanuel HIRSCH, Les éditions du Cerf, Paris, 2004.

L'Emile ou de l'Education, Jean-Jacques ROUSSEAU

L'existentialisme et un humanisme, Jean-Paul SARTRE, Editions Gallimard, Collection Folio Essai, Paris, 1996.

L'éthique appliquée, Michela MARZANO, Que sais-je ? P.U.F 2008.

L'éthique aujourd'hui – Maximalistes et minimalistes, Ruwen OGIEN, édition Gallimard, 2007, Folio Essais.

L'expérience de l'injustice. Reconnaissance et clinique de l'injustice. E. RENAULT, Ed. La Découverte, Paris, 2004.

Les pathologies de la liberté. Une réactualisation de la philosophie du droit de Hegel. Axel HONNETH / Pour la traduction française, Editions La Découverte, Théorie critique, Paris 2008.

Quel savoir pour l'éthique ? Action, sagesse et cognition, F-J. VARELA, traduit de l'anglais par Franz REGNOT, Editions La Découverte (Textes à l'appui / série sciences cognitives), Paris, 1996.