

Le care à domicile : tact et tactiques

Lorsqu'ils interviennent à domicile, les professionnels cherchent à concilier plusieurs exigences parfois contradictoires : tenir la relation d'aide et de soin malgré le faible engagement des patients dans une telle relation, favoriser l'autonomie de ceux-ci ou ralentir leur perte d'autonomie, assurer leur protection, leur sécurité et la défense de leurs intérêts. Faire tenir ensemble ces différents objectifs passe par la mobilisation de pratiques très diversifiées.

La question de l'usage de la contrainte est souvent posée. Devant la réticence de certains malades et parfois de leurs proches à suivre les conseils des aidants professionnels, ces derniers sont soumis à l'alternative suivante : **soit respecter la liberté de la personne aidée et la laisser faire**, même quand elle se met en danger ou compromet son bien-être et sa qualité de vie. Si cette position privilégie l'objectif d'autonomie, elle peut conduire aussi au renoncement de la protection de la personne alors que celle-ci est exposée à la détérioration de sa situation. Soit – autre terme de l'alternative – **agir ou décider par souci de protection malgré l'absence de consentement de la personne**, au risque d'empiéter sur ses libertés et de provoquer la rupture de la relation. L'usage ou le non-usage de la contrainte soulèvent aussi de nombreux conflits éthiques.

Les chemins de la ruse

Bien qu'omniprésente dans le travail de *care*, la ruse n'a pas bonne presse. Lorsque cette pratique est jugée positivement, on lui préfère en général l'autre désignation : l'habileté, la diplomatie, l'intelligence pratique, le savoir-faire.

Le rapport à la ruse est particulièrement ambivalent. Si son usage dans la relation d'aide est tout à fait banal, il fait partie de ces savoir-faire qui restent discrets mais que les professionnels expérimentent au quotidien. On désignera ici, comme *deceptive* (Miller, Stiff, 1993), au sens anglais, moins fort que le français « trompeuses », toutes ces conduites équivoques qui se déclinent entre deux pôles opposés, celui du **mensonge** « franc et massif » d'un côté et celui du **tact** de l'autre. Le mensonge consiste à transmettre de fausses informations, de faux signes pour tromper l'interlocuteur, l'engager à agir ou à décider à partir d'une réalité falsifiée. Il est connoté négativement, et n'est pas technique recherchée, pour des raisons tant morales que d'opérationnalité. En revanche le tact, qui peut être considéré comme une « ruse de la vérité » (Cavaillé, 2001), est une référence plutôt positive. Le tact consiste à ne pas voir ce qu'on est en train de voir, ou plus précisément à ne pas montrer que l'on a vu (ou senti ou entendu).

Les conduites *deceptive* ne se résument pas à cette alternative : travestir la réalité ou bien dire la vérité avec tact. Entre ces deux extrêmes, **d'autres conduites sont mobilisées par les professionnels** qui s'efforcent de garantir le pouvoir de décision des personnes d'une part, et de préserver leur bien-être, leur protection et leur sécurité d'autre part, autrement dit d'articuler principes éthiques et actions stratégiques. Plusieurs conduites peuvent être empiriquement repérées.

Les techniques de dérivation

Monsieur Neuts est atteint de la maladie d'Alzheimer. Il est très agité et s'oppose à tout. La toilette est notamment une épreuve pour tous. L'aide-soignante change alors le sens de l'opération : plutôt que de faire l'ensemble des soins dans la salle de bains, elle les segmente dans tout l'appartement. Elle lui lave les mains dans la cuisine, attend qu'il regarde la télévision dans le salon pour lui laver les pieds, et ainsi de suite. Monsieur Neuts aime bien descendre les poubelles. L'aide soignante l'accompagne alors et une fois dehors, en profite pour faire quelques pas avec lui et finalement lui faire faire le tour du quartier. Le changement de cadre modifie les rôles : l'appartement met en scène l'aide-soignante et son malade ; sur le trottoir et devant les poubelles, ce sont deux habitants puis deux promeneurs qui se mettent à marcher ensemble. Parmi les attitudes qui font diversion, l'humour, le rire, la plaisanterie occupent une place de choix.

Revenons à Monsieur Neuts et sa toilette. Même si les opérations ont été segmentées, le passage dans la cabine de douche est un moment épique.

Monsieur Neuts, qui est un ancien boxeur, n'hésite pas à montrer les poings.

L'aide-soignante prend exactement la même attitude, comme si elle était sur un ring. Le cadre soignant-soigné a ainsi cédé la place au cadre boxeur-boxeuse, ce qui n'est pas banal. Hilarité de Monsieur Neuts, qui accepte soudainement de se laisser faire.

Ruses enchevêtrées

Loin d'être une pratique réservée à quelques-uns, la ruse est au contraire généralisée. Le domicile des personnes vulnérables est un espace où se croisent de nombreux acteurs qui usent abondamment de la ruse. En forçant le trait, nous pourrions dire que tout le monde ruse avec tout le monde, mais pour des raisons différentes. Il y a ceux qui au contraire s'efforcent de ne pas faire, ou bien encore cherchent à faire autrement que ce que l'on demande de faire. Il y a aussi ceux qui rusent pour justifier un rôle, un financement, une aide, une action, etc... ; ceux qui rusent avec leur institution, leurs collègues. Plusieurs combinaisons sont alors possibles.

La place de la fiction

Dans le contexte paternaliste selon lequel l'expert peut, grâce à son savoir, connaître mieux que le profane ce qui doit être fait pour son bien, le mensonge qui le laisse dans l'ignorance devient acceptable. Il en est de même de la ruse qui met de l'huile dans les rouages de la relation, évitant la confrontation et introduisant de la souplesse dans le soin éventuellement contraignant.

L'identification par l'expert de ce qui est bien pour l'autre justifie donc, selon le modèle paternaliste, la rétention de la vérité ainsi que les conduites *deceptive*.

Une telle perspective n'est aujourd'hui plus tenable. **Les évolutions du droit positif aidant, il ne saurait être moralement acceptable de faire le bien d'autrui, fut-il vulnérable, sans avoir recueilli au préalable son consentement.**

Si nous retenons ces arguments, la ruse que nous avons empiriquement repérée dans la relation d'aide ne saurait être valorisée : elle serait, au mieux, **un moindre mal.**

En recourant à la ruse, les aidants établissent aussi **un espace partagé dans lequel le restant – la fiction – d'autonomie peut se déployer** et éventuellement être distribuée entre les interactants lorsque certains d'entre eux sont vulnérables et n'ont plus toutes les capacités à décider et à agir par eux-mêmes. **Car c'est au moment même où l'autonomie n'est plus vraiment assurée et n'a plus de contenu évident que la fiction et ses effets performatifs deviennent essentiels.** En portant les exigences de l'autonomie à la place des personnes vulnérables, les aidants maintiennent l'hypothèse de l'autonomie. En agissant ainsi, ils la font exister.

Vue ainsi, la ruse est probablement très proche de la prudence aristotélicienne qui est l'art de trouver, au cas par cas, la juste mesure entre le contingent et le possible. Ce qui serait, dans le travail de *care*, **l'art de se soucier autant de la protection que de l'autonomie d'autrui** – la ruse devient dans ces conditions autre chose qu'une simple habileté amoralisée, ou une simple duplicité immorale. **Elle est une façon d'agir éthiquement dans le contexte.**

La prudence consiste donc à agir malgré tout pour préserver à la fois autonomie et protection, tout en sachant que les actions choisies sont elles-mêmes fragiles, incertaines dans leurs résultats, qu'elles sont peut-être au fond récusées par leur destinataire et qu'elles doivent être, par conséquent, en permanence soumises à discussion, à ajustement, à révision et à contestation. La ruse ne serait éthiquement acceptable dans le travail de *care* qu'à condition d'être perçue dans toute son ambivalence par ses initiateurs.

Autrement dit la ruse ne saurait être morale qu'à condition que ceux qui en sont à l'initiative fassent preuve de scepticisme à son égard et ne rusent pas avec elle.

Extraits tirés de l'article de Pierre Vidal-Naquet, «Le care à domicile : tact et tactiques», Recherche en soins infirmiers 2013/3 – n° 114, p. 7-13, sélectionnés par Véronique Curt, cadre de santé, Réseau VISage