

Journée URRAA novembre 2012

« Bientraitance et addictologie : implications dans nos pratiques »

1ère Plénière :

« Bientraitance en addictologie : une éthique de l'autonomie et de la vulnérabilité »

Damien COUET, philosophe, Angers

Introduction

« La bientraitance relève d'une culture partagée du respect de la personne et de son histoire, de sa dignité et de sa singularité » nous dit l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux dans sa recommandation de bonne pratique.

Etre bien traitant en addictologie relève d'enjeux spécifiques cependant. L'ambiguïté possible du terme d' « usager » dans ce contexte nous met sur la voie de cette spécificité. Parce que l'usager en addictologie est à la fois usager éventuel de substances psycho actives et en même temps usager du service public hospitalier, il est peut-être doublement difficile de voir la personne derrière l'usager. Il n'est déjà habituellement pas simple, cela demande un effort, de reconnaître la personne derrière l'usager justement parce qu'il est usager, anonyme parmi des milliers d'autres. Mais s'il est en plus usager de drogue, par exemple, alors il faudra aller aussi au delà des préjugés, de la crainte mêlée à la fascination pour voir la personne derrière sa conduite addictive. Que l'on considère cette conduite comme résultant de la non intériorisation de l'interdit ou comme un comportement compulsif, la prise en charge de l'usager a déjà changé puisque la démarche est désormais centrée sur la patient plutôt que sur le produit.

Partant de là, qu'est-ce qui peut permettre la bientraitance en addictologie ? Je défendrai la thèse selon laquelle il nous faut reconnaître deux composantes de la dignité de la personne : à la fois son autonomie et sa vulnérabilité pour être bien traitant en addictologie. Il ne s'agit pas seulement de simples attributs de la personne mais de deux éthiques complémentaires, une éthique de l'autonomie et une autre de la vulnérabilité. Je pars donc du principe, c'est une réponse de philosophe, que ce dont nous avons d'abord besoin pour promouvoir la bien traitance, c'est d'une réflexion. Et il me semble que l'éthique est toute indiquée pour assurer la cadre de cette réflexion.

Le questionnement éthique en général a pour origine la question de Socrate : « Comment doit-on vivre ? ». Cette question était sous l'antiquité celle du genre de vie qu'il faut privilégier. On peut l'adresser à notre contexte : quel genre de vie est privilégié aujourd'hui par les pratiques d'établissement en addictologie ? On est, non pas encore bien traitant, mais au moins éthiquement responsable dès lors que l'on assume la réponse suivante à cette question : « oui, c'est bien le genre

de vie qu'on veut, nous tous, favoriser. »

Avant de développer deux réponses complémentaires à la question de Socrate, je ferai trois remarques importantes sur la façon dont elle est posée :

-Premièrement, il faut remarquer que cette question est posée de manière impersonnelle¹. Elle ne signifie pas « que vais-je faire ? » « moi, dans ma situation » mais s'adresse à tout un chacun. Contrairement à une opinion répandue, l'éthique n'a rien de personnelle, a fortiori une éthique professionnelle, car les valeurs ou le sens de nos activités sont toujours partagées. Il est en fait très important que la question éthique ne soit pas une question personnelle mais qu'on implique toujours autrui dans la réponse qu'on est susceptible de lui donner. « On », dans la question « comment doit-on vivre ? », est en droit, et selon le contexte, n'importe quelle femme ou homme, n'importe quel professionnel travaillant dans tel contexte, ici l'addictologie.

-Deuxièmement, cette question ne porte pas sur l'immédiateté de notre conduite comme dans « que vais-je faire ? » mais sur notre manière de vivre une vie entière. Elle nous oblige à considérer la vie comme un tout. Ainsi, le questionnement éthique même lorsqu'il est spécialisé à un contexte ne peut pas avoir pour objet un acte et un seul au dépend de tous les autres car c'est seulement à l'intérieur de l'ensemble des activités que chaque acte a un sens.

-Enfin, il faut noter que le « doit » dans « comment doit-on vivre ? » ne doit pas être interprété comme un « doit » moral. La morale est un développement particulier, moderne, de l'éthique qui donne comme horizon à nos actions le fait de respecter les devoirs qui émanent de notre raison. Dans la conception grecque de l'eupraxis, du bien agir, le « doit » renvoie surtout à la finalité et à la question de savoir quelles sont les fins ultimes de notre activité. Exemple de l'archer : le but est d'atteindre la cible mais la fin est de bien viser. Le but est de soigner mais la fin est de bien soigner.

Comment doit-on vivre ? Quel genre de vie faut-il encourager ? Ou encore quelles fins méritent d'être poursuivies ? Voici les questions sur lesquelles je vous propose une réflexion conduite en deux temps. Je proposerai deux réponses à ces questions, deux réponses complémentaires. D'abord l'idée qu'il faut encourager l'autonomie puis celle selon laquelle il faut aussi protéger la vulnérabilité.

Une éthique de l'autonomie

La première fin est me semble-t-il l'autonomie. Le genre de vie qui est promu au sein des établissements de soin est d'abord celui d'une vie autonome.

C'est en particulier le modèle mis en avant par le droit des usagers. La demande de consentement et le droit à l'information sont les symboles de cette fin. Elle fut mise en avant par la loi de 2002 pour mettre un terme à la maltraitance en établissement. Cependant, il ne suffit pas de décréter

¹ Je m'inspire pour l'analyse de cette question de celle de B. Williams dans *L'éthique et les limites de la philosophie*, Gallimard, 1990, p. 10-15.

l'autonomie pour qu'il y ait bien traitance. C'est pourquoi elle s'est accompagnée de droits, comme le droit à l'information, de devoirs, comme celui de requérir le consentement, et d'outils, comme le contrat. Tous présupposent l'autonomie du patient. Pour mieux comprendre les raisons pour lesquelles on a choisi de valoriser l'autonomie je ferai un petit détour historique.

Historiquement, la promotion de ce genre de vie remonte aux Lumières. A la question « Qu'est-ce que les Lumières ? » le philosophe E. Kant répondait : vivre sans tutelle. Le modèle de vie humaine célébré depuis dans nos sociétés est celui mené par un être humain qui pense par lui-même, qui est capable de se donner ses propres principes et de les suivre. En un mot d'être autonome : auto nomos. C'est sur lui que repose notre régime politique démocratique : la personne capable de penser par elle-même est la personnalité juridique visée par le Droit d'une société démocratique. Les Lumières en la personne de Rousseau puis Kant, entre autres, ont promu une conception de la liberté comme autonomie qui est encore aujourd'hui une valeur centrale de nos sociétés, une de nos fins ultimes. C'est dans cette perspective que l'éthique s'est faite morale, c'est-à-dire a fait des respects des devoirs qui émanent de notre raison la fin suprême. La dignité humaine consiste alors dans la possession de la raison en tant qu'elle est capable de se donner à elle-même des règles et de les suivre.

La capacité phare, symbolique de l'autonomie depuis lors est la capacité à promettre : la capacité à s'engager et à respecter son engagement. Elle découle effectivement de l'autonomie de la personne, elle en est le symbole et est aussi ce qui permet de réguler les interactions entre personnes autonomes. Un échange de promesses est un contrat. Le contrat, et la contractualisation, sont eux-mêmes des symboles, dans le droit des usagers de cette autonomie revendiquée pour l'utilisateur. Leur importance est dans l'obligation qu'elles font au co-contractant, l'établissement, de reconnaître l'autonomie de l'utilisateur.

Mais qu'est-ce que signifie dès lors reconnaître l'utilisateur comme autonome ? Utilisateur qui a lui-même reconnu au contraire être aliéné par son usage de la drogue, de l'alcool, des jeux, etc. L'aliénation est précisément l'inverse de l'autonomie, la perte de la propriété de soi. Il s'agit donc de reconnaître d'abord en lui un sujet d'action, c'est-à-dire quelqu'un capable d'être au principe de son action. La conception du sujet que je défendrai ici est d'abord simplement grammaticale : le sujet est celui qui est sujet de la phrase qui rapporte l'action. Comme dans « Untel s'est déplacé » par distinction avec « on l'a déplacé ». S'obliger à reconnaître autrui comme un sujet par distinction avec un objet s'est s'obliger à reconnaître qu'il peut être au principe de son action et non qu'il est l'objet d'action qu'on lui fait subir. C'est donc non seulement lui permettre mais même s'obliger à lui permettre de dire « je », d'être sujet des actions qui le concernent au sein de l'établissement.

Exemple : cela commence par l'accueil qu'on donne aux usagers. On devrait pas recevoir des personnes comme on reçoit des nouveaux meubles. Ce qu'il y a dans le dossier compte moins d'abord que la personne elle-même à qui on doit directement s'adresser. L'accueil devrait être

singulier de plus : l'usage des noms propres et de la civilité y aide. Plus généralement, l'usage des pronoms personnels (le « on », le « tu », le « vous ») est symbolique du respect qu'on porte aux usagers. Le tutoiement doit bien sûr être banni mais le « on » doit l'être tout autant.

L'impératif catégorique de la morale kantienne est ici bienvenue : « agis toujours de manière à traiter ta personne comme celle de tout autre toujours à la fois comme une fin et jamais comme un moyen ». C'est aussi contre le risque d'instrumentalisation qu'on doit s'obliger à respecter l'autonomie d'autrui. Le considérer comme une fin en soi nous empêche de l'instrumentaliser. Notez au passage que Kant dans la formulation de cet impératif [le répéter] prévoit la possibilité de se laisser instrumentaliser et la rejette. L'idéal d'autonomie concerne donc tout autant le soignant, l'encadrant l'accompagnant que le patient lui-même. C'est une autre spécificité du contrat, il nous oblige à considérer l'autre comme un égal. Je reviendrai sur cette spécificité ensuite.

Le plus souvent l'autonomie se traduit aussi par une capacité à délibérer, à déterminer les moyens et les fins de ses actes. La délibération est ce qui permet le contrôle de nos actes. Celui qui se donne l'objectif de promouvoir l'autonomie des personnes qui ont perdu le contrôle de leurs actes se doit donc de fournir une aide à la délibération. Cette aide est donnée à la condition de prendre en compte la parole de l'autre. Comme l'indique la recommandation de bonne pratique de l'ANESM citée en introduction, la bien traitance implique en ce sens de « valoriser l'expression de l'utilisateur » et de « répondre à ses choix ». Aider à délibérer c'est aussi donner l'ensemble des informations dont on dispose et qui peuvent aider à prendre une décision. Car c'est ce qu'on fait quand on délibère : on fait le tour des circonstances, des informations dont on dispose sur le contexte et on agit en conséquence.

Exemple : c'est je crois la fonction du projet auquel on doit associer la personne : pour quoi êtes vous ici ? Poser ensemble des objectifs et des moyens de les atteindre est la meilleure manière de considérer l'utilisateur comme autonome puisque il délibère et est associé à la décision.

De plus, le respect de la personne en tant qu'elle est susceptible d'autonomie, en tant qu'elle est susceptible d'être sujet signifie aussi une prise en compte de sa singularité (cf. l'accueil ci-dessus). C'est un autre sens du terme de sujet : le sujet est celui qui a une histoire qui lui est propre, un être singulier. J'ai dit plus haut que la reconnaissance de l'autonomie allait de pair avec nos idéaux démocratiques. Ainsi reconnaître l'autre comme sujet, en ce sens, c'est sans doute le reconnaître comme un égal mais pas au sens d'un identique. Au contraire, car considérer autrui comme un identique pourrait signifier qu'on s'arroge le droit de parler à sa place, de décider à sa place. Il faut plutôt s'obliger à considérer autrui comme un alter ego, comme un autre sujet, comme un autre soi qui a donc le droit à la différence.

Ces deux façons de respecter la personne portent aussi en elles le point de rupture de ce modèle d'autonomie porté par le droit des usagers, la limite de ce genre de vie. Car, d'une part, tout n'est pas envisageable et prévisible dans une délibération. Notre action est fragile parce que nous sommes

pour une part soumis aux circonstances. D'autre part, la prise en compte de la singularité du patient n'implique-t-elle pas de reconnaître entre autres sa singulière hétéronomie, l'inverse de l'autonomie.

N'y a-t-il pas en effet une certaine illusion ou une certaine hypocrisie à déclarer l'autonomie du patient alors qu'il n'est parfois en rien autonome ni même susceptible de l'être ? En fait, il ne s'agit ni d'une illusion ni d'une hypocrisie si on accepte l'idée qu'il s'agit toujours d'un projet d'autonomie. Mais dès lors n'y a-t-il pas une faille importante dans ce modèle puisqu'on admet que le patient ne peut être autonome que dans la dépendance à l'établissement ? Je pense que cette faille existe et c'est la raison pour laquelle ce modèle appelle un complément. Cependant, elle ne retire aucune force à la nécessité d'une reconnaissance symbolique de la personne comme sujet autonome. Comment imaginer quelqu'un prendre une décision autonome si on ne l'implique pas dès à présent dans la prise de décision le concernant ? Comme imaginer quelqu'un à l'écoute de lui-même si soi-même on ne l'écoute pas ? Comment imaginer quelqu'un s'intégrer dans une société où la culture dominante est celle de l'autonomie si on ne le reconnaît pas dès maintenant comme capable d'autonomie ? S'obliger à reconnaître la personne comme autonome reste selon moi un impératif car c'est bien le genre de vie que nous voulons vivre.

Pour tous les patients qui ne sont pas autonomes ni susceptibles de le devenir il a été prévu (article 7 alinéa 3) une entorse au respect de l'autonomie : il est possible lorsque le patient manque de discernement ou est dépendant de faire exception à la règle de la demande de consentement. Il faut malgré tout faire bénéficier les patients d'un « crédit au consentement ² ». On se doit, dit G. Berthon, de « faire crédit au patient qu'il va être en mesure demain de consentir avec raison » (p. 148). Ce serait le critère du recours à la contrainte : est-ce que ce patient est susceptible d'un gouvernement de soi, au moins d'une ébauche d'auto-détermination ? Si tel n'est pas le cas, alors le respect de la dignité implique le recours à la contrainte. Mais pour tous les autres on doit leur faire crédit d'un consentement authentique, peu importe la loi, ce serait une position éthique. Mais l'exception à la loi doit nous rappeler que la relation d'aide et de soin part toujours de la vulnérabilité de l'autre. On ne peut pas dissocier l'autonomie de la vulnérabilité.

Une éthique de la vulnérabilité

En médecine, le principe de vulnérabilité a une très vieille origine puisqu'on dit souvent qu'il s'agit d'un principe hippocratique : le devoir de protection de la personne vulnérable. En fait ce principe fait partie, me semble-t-il, de la culture professionnelle, non seulement des médecins mais aussi des travailleurs sociaux et même de l'ensemble des personnels impliquées dans des services publics dédiés à l'aide et aux soins.

J'ai rappelé en introduction que la bien traitance avait été définie par l'ANESM comme une

2 G. Berthon, « Respect de l'autonomie, consentement et usage de la contrainte en psychiatrie » dans E. Hirsch (ed.), *Traité de bioéthique III*, érès, 2010.

culture. Il y a donc lieu à mon avis de s'appuyer sur la culture professionnelle pour la développer et l'encourager.

Pour développer ce principe de vulnérabilité, complémentaire du principe d'autonomie, je m'appuierai sur l'éthique du *care*. L'origine de cette éthique est le travail d'une psychologue féministe, Carol Gilligan, qui a montré dans ses travaux de recherche que nous avons laissé de côté dans nos réflexions éthiques sur le genre de vie qu'on se devait de mener, un pan entier des valeurs que pourtant nous pratiquons par ailleurs. Si nous les avons ignorés c'est parce qu'elles correspondent au genre de vie que mènent d'abord les femmes. Ce sont les femmes qui sont traditionnellement chez nous en charge des personnes vulnérables, des enfants et des vieillards. Pas seulement dans la vie privée puisque les métiers d'aide et du soin sont aussi des métiers très féminins. Ce genre de vie consiste à faire attention à l'autre, à se soucier de lui en tant qu'être humain. Voici la définition que donne Gilligan du *care* : « une préoccupation fondamentale du bien-être d'autrui qui centre le développement moral sur la compréhension des responsabilités et des rapports humains »³.

En éthique de la relation d'aide et de soin, on peut déduire des travaux de Gilligan l'idée que la vulnérabilité caractérise au moins autant la dignité de l'être humain que l'autonomie. Tenir compte de la vulnérabilité des êtres humains c'est assumer des responsabilités dans nos relations à l'égard de l'autre. Et même considérer que la relation à l'autre est un bien précieux qu'il faut protéger par dessus tout. Le philosophe Emmanuel Lévinas⁴ remarquait que lorsqu'on pose d'abord sa propre liberté, on voit toujours celle d'autrui comme une menace. Il faut d'après lui, et je crois qu'il rejoint en cela le propos d'une philosophie du *care*, d'abord poser notre relation à l'autre. C'est parce qu'il y a autrui que je suis responsable et donc libre. A trop rappeler aux usagers leur liberté, ils en oublient eux-mêmes l'importance de la relation. « L'éthique, disait Lévinas, est la mise en question de ma spontanéité par la présence d'autrui ». Je suis responsable parce qu'il y a autrui et envers lui et cela me coûte un effort car je ne suis pas responsable envers autrui spontanément.

Le principe de vulnérabilité entendu ainsi comme attention à l'autre, à notre relation à lui, souci de cette relation et d'autrui, implique que l'autonomie ne saurait suffire. Il nous oblige à concéder que beaucoup de nos relations ne peuvent pas être complètement contractuelles parce qu'elles sont en réalité asymétriques. Pourtant, la proclamation de l'autonomie de l'utilisateur a bien été faite dans l'intention de réduire toute asymétrie dans la relation de soin, d'aide et au-delà dans la relation du patient à l'établissement. Je veux défendre l'idée que si c'est pour cette raison qu'on proclame l'autonomie du patient et qu'on lui fait signer des contrats alors on se fourvoie complètement car cette relation ne peut pas être symétrique. Cela ne m'empêche pas de défendre, comme je l'ai fait en première partie, l'importance de la reconnaissance symbolique de l'autre comme capable

³ C. Gilligan, *Une voix différente. Pour une éthique du care*, Flammarion, 2008, p. 40.

⁴ E. Lévinas, *Totalité et infini. Essai sur l'extériorité*, Livre de Poche, 1990.

d'autonomie. J'ai aussi montré que cette reconnaissance de l'autre implique un travail sur soi. Il faut assumer sa subjectivité, ses a priori, ses préjugés pour se mettre en condition d'aider à la délibération. Il faut s'obliger à recueillir la parole de l'autre et dépasser sa peur de se laisser instrumentaliser par lui en le reconnaissant comme une fin en soi tout autant que soi-même.

Mais cela ne saurait suffire. Il faut aussi reconnaître la vulnérabilité de l'autre qui demande elle aussi un travail sur soi. Il y a je crois une mauvaise façon de reconnaître l'autre comme vulnérable, c'est de déplorer cette vulnérabilité. Cette attitude est explicable et même en grande partie excusable. Quel professionnel n'a pas été gagné par un profond sentiment de découragement, se demandant s'il était raisonnable de fonder quelque espoir sur les capacités d'une personne ? Pourtant respecter l'autre signifie regarder autant dans son passé que dans son avenir, en ne le réduisant pas à son présent. Mais il y a, peut-on dire, une défiance légitime, de part et d'autre d'ailleurs. Le problème peut naître d'une institutionnalisation de la défiance, lorsqu'on organise ce que le psychiatre Aymeric Reyre⁵ a appelé des « pratiques de défiance » consistant par exemple, à réaliser des tests urinaires ou à glaner des informations sur le patient à son insu. On ruine alors ce qu'il y a de plus précieux dans la relation de soin et d'aide, la possibilité d'une confiance réciproque. Reyre interprète ces pratiques comme une défense collective contre la peur de la déception. Il me semble qu'on oublie alors la vulnérabilité intrinsèque du patient, ce pourquoi il est là. Et on se réfugie en le chargeant d'une responsabilité qu'il n'est pas capable d'assumer.

Reconnaître, plutôt que déplorer, la vulnérabilité du patient signifie assumer le fait que la relation soit asymétrique et se soucier de l'autre étant donné sa position vulnérable dans cette relation. Plutôt que d'essayer de rendre symétrique une relation qui de fait ne peut pas l'être il vaut mieux prendre acte de l'asymétrie et en contrôler les dérives possibles. Car la dissymétrie peut aussi être à l'origine de la maltraitance si elle ne s'accompagne pas de l'estime de l'autre. La maltraitance qui peut aller de l'influence au meurtre a toujours pour origine le pouvoir sur l'autre qu'implique l'asymétrie. Ce pouvoir n'est pas en lui-même mauvais sinon aucune relation de soin ou d'aide pourrait être bienveillante. C'est plutôt l'usage que l'on peut faire de ce pouvoir qui fera qu'on est maltraitant ou pas. Or ce pouvoir est de deux sortes :

-un pouvoir sur la puissance d'agir de l'autre, qu'on peut renforcer ou au contraire diminuer (cf. la première partie)

-mais c'est aussi un pouvoir de reconnaissance du sujet, un pouvoir de le reconnaître ou non.

La violence dans la relation, d'une part, ne vient pas du fait qu'il y ait comme tel un pouvoir qui s'exerce sur l'autre. Car dès lors qu'on agit ce pouvoir existe. Il y a violence quand ce pouvoir diminue voire détruit la capacité de l'autre à être aussi acteur.

L'humiliation, d'autre part, est une destruction du respect de soi, par absence de reconnaissance et

5 A. Reyre, « La rencontre de soin avec le patient toxicomane, ou comment faire en contexte de défiance », dans E. Hirsch, *Trait de bioéthique III*, érès, 2010.

d'estime. Se soucier d'autrui, écrit Paul Ricoeur à qui l'on doit cette analyse, suppose d'estimer autrui et qu'il m'estime. S'il y a une réciprocité elle est dans l'échange mutuel des estime de soi⁶ .

Exemple : la réforme des tutelles implique un changement d'attitudes vis-à-vis des droits civiques des incapables majeurs. C'est précisément l'occasion de donner son estime à un patient, considérer qu'il est capable de voter et lui en donner les moyens. L'inverse serait maléfisant, au second sens, car humilierait le patient.

Il peut y avoir enfin une conjugaison de ces deux maléfisances. Il est possible que par absence de reconnaissance l'autre se soumette à ce pouvoir que j'exerce sur lui. Ne développant pas sa capacité d'agir cette mise en dépendance du soignant, bien connue en gérontologie, accroît encore la vulnérabilité. Ainsi, alors que l'usager est de fait vulnérable il ne doit pas être uniquement reconnu sous cet angle. On doit au contraire lui faire sentir qu'il est estimé malgré sa vulnérabilité. Cet estime est une foi en sa capacité d'autonomie mais aussi un respect de sa condition de sujet. Réciproquement, pour éviter d'abuser de sa position dominante, le professionnel ne doit pas perdre de vue sa propre vulnérabilité.

En effet, le principe de vulnérabilité s'applique tout autant au professionnel, au praticien, aux cadres, à la direction et même à l'établissement tout entier. Ils doivent eux aussi se considérer comme vulnérables. Le risque est de ne jamais douter du pouvoir qu'on a sur l'autre. Il faut d'emblée le considérer comme fragile contre une tentation de toute puissance. La difficulté est peut-être dans le fait de ne pas afficher cette vulnérabilité qui trop apparente remettrait en cause la confiance que vous porte l'usager. Alors que l'usager s'affiche d'emblée dans sa vulnérabilité, le professionnel a conscience d'exercer un pouvoir vulnérable, c'est-à-dire fragile, faillible sans pour autant le montrer. Car c'est la reconnaissance de sa compétence qui fonde la confiance que lui porte l'usager. L'équilibre que cherchait la loi 2002 entre l'usager et sa famille d'un côté, l'institution et les professionnels de l'autre suppose peut-être plutôt que de mettre du poids du côté de l'usager, d'en enlever, symboliquement au moins du côté de l'institution : que les professionnels se souviennent qu'ils sont aussi vulnérables. Cette vulnérabilité s'exprime aussi dans le rapport que le professionnel entretient avec lui-même.

Au delà de la vulnérabilité du patient et de celle du professionnel, je voudrais rappeler, ce qui ferai sans doute frémir vos assureurs que telle est notre condition : nous ne pouvons faire face à tous les aléas. Nous sommes vulnérables, fragiles, faillibles. Rien de pire pour la bien traitance que de se croire invulnérable, tout puissant, infaillible. Car on refuse dès lors de se remettre en question. Il faut au contraire se réinterroger régulièrement et collectivement. Cette culture du collectif est aussi notre culture du vivre ensemble démocratique. Elle fut inscrite dans le droit des usagers dans leur nécessaire participation. Il y a donc lieu d'espérer qu'elle puisse aussi concerner les professionnels.

6 P. Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, Seuil, 1990, p. 254.

Conclusion

La culture de la bien traitance ne s'invente donc pas de toute pièce. Elle est d'abord liée à notre nature d'être faillible. La fragilité de notre bien est au cœur de notre action. Dans la délibération lorsqu'on fait le tour des circonstances, toutes ne sont pas maîtrisables, certaines nous échappent. Dès lors, il faut insuffler une culture salubre du doute qui soit en même temps une assurance que l'on fait le bien. Cette culture est celle de la réflexion, du questionnement individuel et collectif et elle nécessite, comme toute culture, des institutions qui lui soient dédiés, en tout cas d'être institutionnalisés dans les établissements. Car la réflexion du quotidien est une réflexion sur les moyens, non sur les fins.

La culture de la bien traitance ne s'invente pas non plus complètement parce qu'elle s'inspire de la culture de notre société, de notre goût pour la liberté en forme d'autonomie, tout autant que notre attachement à la solidarité envers les plus vulnérables. Nous avons ainsi produit au terme d'un long travail de civilisation, un genre de vie où la fierté de la liberté s'accompagne du souci de celle d'autrui, d'une attention à l'autre, à notre relation, jusque dans notre dépendance. Nous devons vivre autonome et conscient de notre vulnérabilité.

Cette culture enfin se trouve déjà pour une part je crois dans les nombreuses cultures professionnelles qui font l'addictologie, professions du soin, de l'aide et du service public. Il faut d'elles aussi prendre soin.