

« Les ambiguïtés de la sécurité »

Professeur Alain Bernadou

Professeur honoraire de l'Université Paris VI

Dans cette introduction d'une journée qui va traiter d'un problème important, la sécurité à l'hôpital, je vous propose de donner quelques coups de projecteur sur quelques concepts aptes à éclairer les débats, ou du moins à éviter les « y'a qu'à » ou les « faut qu'on » qui sont si fréquents dans ce type de thème.

Il faut tout d'abord définir cette notion vague d'insécurité en se tournant vers les dictionnaires. À des nuances près tous soulignent le fait que l'insécurité est un sentiment, une impression, la conséquence de la perception d'un environnement hostile qui amène à la conclusion que le moi est en danger qu'il court un risque, réel ou supposé, objectif ou fantasmé, naturel ou non. Précisons à ce propos qu'un danger a une réalité tangible, alors qu'un risque n'est qu'une notion statistique. Cependant le sentiment d'insécurité n'a que faire de ces nuances, lorsqu'il se développe, lorsqu'on perçoit que le péril se rapproche, devient présent, va se concrétiser et atteindre à notre intégrité physique ou morale, ce sentiment se transforme en une émotion intense et difficile à contrôler, la peur, qui progressivement envahit tout l'espace mental, obscurcit la raison, amoindrit le jugement mais en même temps peut permettre un comportement compulsif éventuellement adapté à la situation, ne serait-ce que la fuite. Le sentiment d'insécurité pose donc les bases d'une adaptation à un environnement qui, qu'on le veuille ou non, qu'on le déplore ou non, est toujours hostile. Non seulement le risque « zéro » n'existe pas mais le sentiment de sécurité totale qui pourrait en résulter serait néfaste. Résumons-nous : l'insécurité est un sentiment qui provient d'un danger réel ou d'un risque probable, ce sentiment induit une émotion, la peur, qui entraîne un comportement plus ou moins adapté à la situation.

Le besoin de sécurité est si important, si prégnant, si fondamental, qu'il se situe à la base de la pyramide d'Abraham Maslow. À en croire cet auteur le besoin de sécurité apparaît très tôt parmi tous ceux exprimés par l'homme pour survivre, dès que les besoins physiologiques (boire, manger, dormir, etc.) sont satisfaits. Il est profondément enraciné dans la nature animale de l'homme et l'amène, ainsi que nous venons de le voir, à des comportements plus ou moins adaptés à son environnement. Ce n'est que lorsque ces besoins primordiaux sont assouvis que l'homme recherche des biens supérieurs : l'amour, l'estime, l'accomplissement de soi, tous biens qui nécessitent autant une quête d'appartenance sociale que d'autonomie. Chez Maslow la hiérarchie des besoins est harmonieuse, chaque étape de la pyramide est bien séparée, la progression est régulière. En fait il n'en est rien. Ces besoins sont en partie antagonistes et ne peuvent être entièrement, simultanément et toujours satisfaits. Il en est ainsi notamment du besoin de sécurité et du besoin d'autonomie, ils sont de fait contradictoires. Conquérir son autonomie c'est diminuer sa sécurité. Être autonome par rapport à son environnement c'est courir des risques et sacrifier sa sécurité à un besoin jugé, plus ou moins momentanément, supérieur. On ne peut tout avoir en même temps. Il en est de même pour tout le corps social, tenter d'apporter à quelqu'un la sécurité c'est obligatoirement le contraindre par des règles et diminuer par la même sa liberté et son degré d'autonomie. On touche là à une ambiguïté fondamentale qu'il faudra garder à l'esprit pendant toute cette journée : accentuer la sécurité se fait toujours en diminuant l'autonomie et le sentiment (car il s'agit aussi d'un sentiment) de liberté. Tel est le cas des parents devant l'adolescent qui donne des coups de butoir pour conqué-

rir son autonomie mais que l'on voudrait bien continuer à protéger en lui conservant la sécurité du cocon familial liberticide. Tel est le cas des ministres de l'intérieur qui répondent à la demande, toujours pressante, de sécurité de la population en édictant des réglementations contraignantes, mais sont aussitôt accusés par cette même population de restreindre abusivement les libertés individuelles. Les débats de ce jour n'échapperont pas à ce dilemme.

L'hôpital est une organisation sociale qui, plus que toute autre, est préoccupée par la sécurité. Elle en est même obnubilée. Parce qu'il concentre en son sein un nombre considérable de risques, l'hôpital a fait de la sécurité, en tout temps et en tout lieu, sa préoccupation essentielle. L'hôpital est, dans la cité, le symbole de tous les dangers, une simple énumération suffit à s'en persuader : risque d'erreurs médicales (du diagnostic au traitement), risques opératoires et risques anesthésiques, risques nosocomiaux, dangers inhérents à la technicité croissante des activités médicales, risques de violences physiques liées à la nature des malades qui le fréquentent, etc. Arrêtons cette énumération, elle ne sera jamais exhaustive. La sécurité, ou plutôt la diminution de l'insécurité, est donc au cœur de l'organisation hospitalière. Pour ce faire l'institution se dote d'un imposant arsenal de réglementations diverses, codifiées ou non, et par un nombre non moins important de structures internes, dispositifs, commissions et autres protocoles qui encadrent la vie hospitalière et en font une organisation bureaucratique. À ce jeu l'autonomie, tant des malades que des personnels, qui n'a jamais été très importante, se rétrécit comme peau de chagrin en dépit de l'affichage, relativement récent d'une volonté de rétablir quelques droits aux uns et aux autres, notamment aux malades, usagers de la structure. On pourrait espérer que sous l'effet de cette intense activité sécuritaire les risques aillent en diminuant, mais ce n'est habituellement pas le cas, d'autres apparaissent et il ne reste plus qu'à rajouter une couche de contraintes, dans une spirale sans fin.

Les sociétés occidentales ont progressivement créé les hôpitaux, hospices et autres madragues pour prendre en charge les malades mais aussi, et souvent surtout, pour isoler du reste du corps social les personnes susceptibles de lui faire courir un risque : contagieux, fous, marginaux et autres indigents. Dans cette optique sociale l'hôpital avait un rôle de gardiennage et d'enfermement avant d'avoir un rôle de soins. Sa clientèle était faite de volontaires mais aussi de personnes contraintes d'y séjourner contre leur volonté. Même si les choses ont beaucoup changé depuis ces temps anciens, même si les structures se sont diversifiées pour mieux correspondre aux besoins sociaux et bien isoler l'activité proprement médicale par rapport aux autres préoccupations, l'hôpital a gardé de ses origines des marques indélébiles qui font que le médical, l'économique et le social ne sont jamais totalement indépendants, ce qui explique la complexité de ce type d'organisation et ses ambiguïtés, sources permanentes de l'insécurité et des violences physiques et morales qui s'y entrecroisent. Cette violence est latente dans un grand nombre des sous-structures de l'hôpital mais se manifeste particulièrement dans deux d'entre elles : les urgences et les hôpitaux ou départements psychiatriques.

La violence aux Urgences s'explique par le fait que cette partie de l'institution constitue l'interface entre le monde ouvert de l'extérieur, celui de la vie quotidienne, de la société dite normale, et le monde fermé de l'hôpital, cette fermeture étant une volonté affichée de la société qui la justifie par un discours lénifiant sur le bien du malade, mais qui tire, on l'a vu, sa source dans un souci sécuritaire archaïque. Les Urgences sont ainsi amenées à recueillir pêle-mêle toute une population en marge de normalité, que celle-ci concerne le domaine de la santé, les malades proprement dits, ou celui de la marginalité sociale, les cas sociaux qui n'ont pas trouvé place ailleurs. Dès lors il n'est pas étonnant qu'elles soient un lieu d'insécurité, lieu de révoltes où s'entrechoquent des comportements, des cultures et des éthiques différentes. De plus lieu symbolique où se déroulent de com-

plexes et traumatisants rites de passage entre la normalité extérieure et les normes spécifiques de l'institution hospitalière, dont le moindre des paradoxes est qu'elles sont à visée sécuritaire. Cet état d'inquiétude et d'insécurité, ressenti aussi bien par les usagers que par le personnel, peut à tout moment prendre une tournure agressive et déboucher sur des actes d'incivilité et des violences verbales, voire physiques.

La seconde structure hospitalière qui soit un lieu privilégié d'insécurité est l'hôpital psychiatrique ou le département de psychiatrie d'un hôpital général. Certes nous ne sommes plus à l'époque où Erving Goffman publiait dans les années 60 son livre sur les asiles qui allait fortement influencer le mouvement antipsychiatrique, et la prise en charge des maladies mentales a beaucoup évolué depuis, mais il n'en reste pas moins que l'hôpital en général et le psychiatrique en particulier garde quelques caractéristiques d'une institution disons « semi-totalitaire » inductrices d'insécurité : une perte d'autonomie et une promiscuité, une autorité centralisée qui gère, coordonne et planifie l'ensemble des activités des malades qui lui sont confiés, un système de règlements rationnels dont l'application est confiée à une équipe administrative, une surveillance très pointilleuse, peu de contacts entre le monde du personnel et celui des malades, sans aller jusqu'à parler de « reclus » comme le fait Goffman. La longueur habituelle des séjours en milieu psychiatrique fait que les phénomènes adaptatifs à ce type d'institution, sont difficiles, complexes, paradoxaux, angoissants, et pour tout dire inducteurs d'une violence qui n'est pas seulement liée à la psychopathologie des patients qui hantent ses murs.

Il est une autre source d'inquiétude à l'hôpital, c'est le sentiment d'insécurité morale que vivent de plus en plus douloureusement les personnels soignants, médecins et infirmiers, devant leurs responsabilités et les exigences de plus en plus pressantes des malades et de leurs familles. Ceci provient de la transformation radicale de la relation médecin-malade qui s'est produite dans les dernières décennies. À la notion de relation d'entière confiance du malade fondée sur l'autorité non contestée du médecin, s'est substituée la notion de contrat entre deux personnes pour un objet et une durée limitée. Le Droit a évolué en conséquence, suivant comme à l'accoutumée la pratique. Qui dit contrat dit respect d'un certain nombre de règles et la Loi a formalisé récemment les droits des malades à l'hôpital. Ces règles communes et empreintes du meilleur esprit démocratique ne vont pas sans poser problème lorsqu'on les applique telles quelles à l'acte médical personnalisé au quotidien. Il s'en suit un débat sans fin sur la qualité des soins, l'absence de risque, la garantie de résultat qui de jurisprudences en textes réglementaires n'en finit pas d'inquiéter les praticiens sur le terrain, toujours placés en situation paradoxale d'avoir à prendre des décisions en position d'incertitude. Ce sentiment d'insécurité, dont je ne sais s'il sera question aujourd'hui, n'en est pas moins réel et suscite dans l'hôpital actuel un malaise, même si l'appel à l'appareil juridique concernant les actes médicaux reste moins important qu'il n'y paraît.

Voilà ces quelques éclairages, place maintenant à l'information et au débat. Évidemment j'ai conscience d'avoir enfoncé des portes ouvertes et surtout d'avoir égrené des difficultés, des contradictions, des ambiguïtés et des paradoxes sans jamais proposer des solutions, mot qui figure pourtant dans le titre de cette journée nationale de l'AFMHA.

L'insécurité à l'hôpital

ambiguïtés et paradoxes

Pr. Alain Bernadou

**L'insécurité
est un sentiment**

Le danger
a une réalité

Le risque
est une notion statistique

Le paradoxe du risque

une société

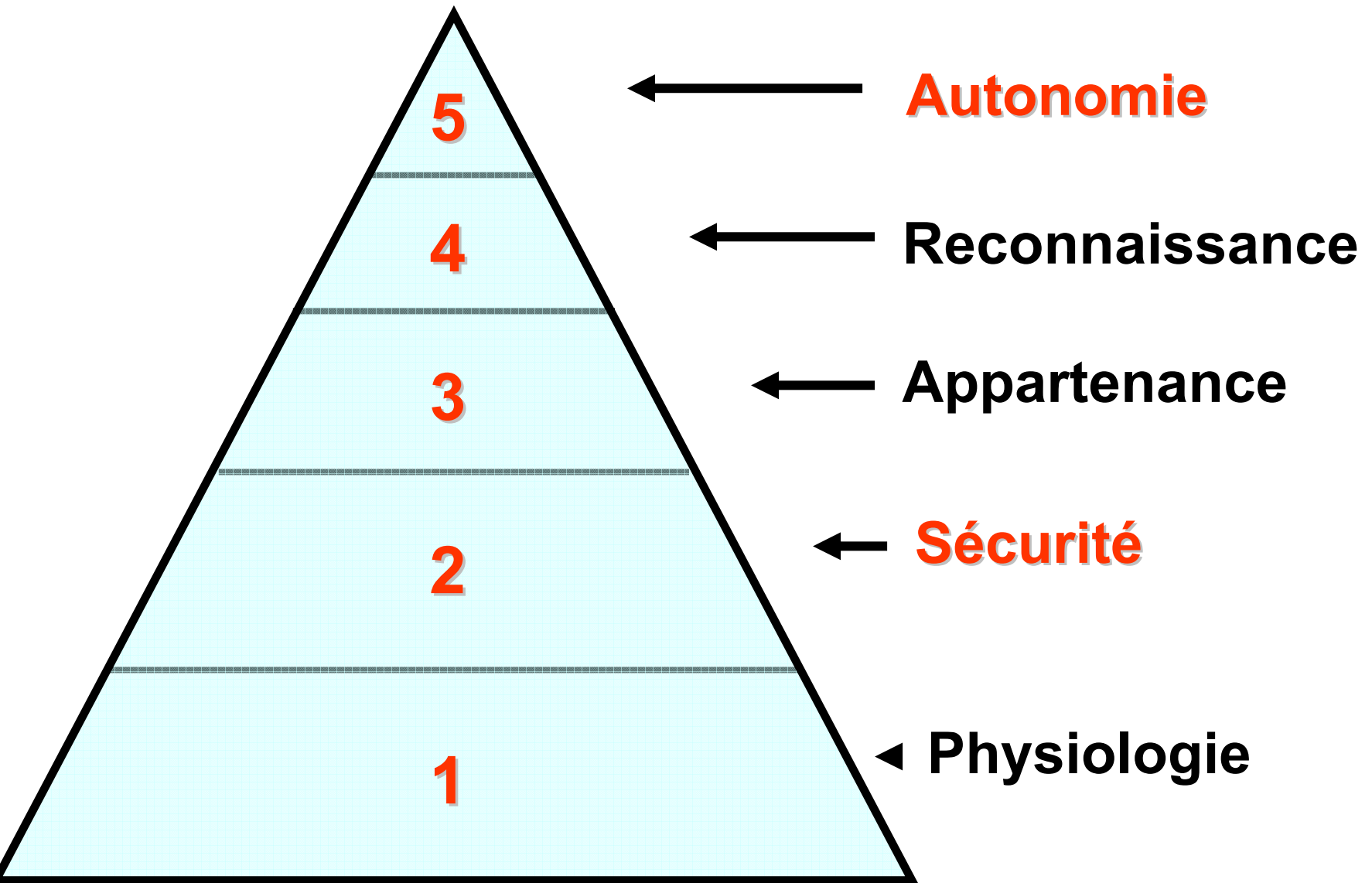
hypersensible au risque

***une société qui valorise ceux
qui prennent des risques***

**L'insécurité est un sentiment
qui provient d'un *danger* réel
ou d'un *risque* probable**

**ce sentiment induit une
émotion : la *peur***

**la peur entraîne un
comportement plus ou moins
adapté à la situation**



La pyramide des besoins de Maslow

**Sécurité et autonomie
sont contradictoires**

**La sécurité
est la raison d'être
de l'hôpital**

**L'hôpital
est dans la cité
le symbole de tous
les dangers**

**Les règlements
sécuritaires**

**sont en conflit
avec la limitation
des moyens**

**La vie clandestine
du travail**

ou

**comment prendre
des risques
avec le risque**

**L'hôpital protège
la société
contre des formes
pernicieuses
d'insécurité**

**Les surveillants
sont devenus
des cadres**

Deux lieux privilégiés d'insécurité à l'hôpital

les Urgences

la Psychiatrie

Les Urgences

une interface entre

le monde normal

et le monde qui ne l'est plus

Les Urgences

**des rites de passage
entre les deux mondes**

La psychiatrie

La psychiatrie

**une institution
(semi) totalitaire**

inductrice d'insécurité

La psychiatrie

**l'autonomie du malade
est très faible**

**tout geste pour la reconquérir
risque d'être retenu comme
preuve de sa maladie mentale**

La psychiatrie

la collaboration

ou

la révolte

L'insécurité morale du personnel soignant

**la nouvelle relation
médecin – malade**

un contrat à objet et durée limités

**Le « ouf ! »
de soulagement
du médecin qui prend
sa retraite**

Hôpital !

**Je t'aime
moi non plus**