

Le concept de bientraitance et son ressenti

C. LEHOUELLEUR¹

Points essentiels

- Définition de la maltraitance et de la bientraitance.
- De l'élaboration identitaire de soignant à l'épuisement professionnel.
- Les facteurs aggravant l'épuisement.
- Analyse de la pratique dans un service d'urgence.
- De la maltraitance à la bientraitance.
- Axe de réflexion sur l'évolution de la bientraitance aux urgences

L'évolution des pratiques professionnelles s'est engagée, depuis quelques années, dans une nouvelle direction, celle de considérer le bien-être du patient comme indissociable de celle du soignant. Ainsi, les recherches se sont penchées sur l'amélioration de la qualité de vie au travail.

L'origine de cette avancée est due à l'apparition de la notion de maltraitance dans les années 1980, avec une portée sur les personnes vulnérables. Elle a pu être détectée sur des personnes âgées et des enfants notamment, mais doit-on se limiter à ces populations ou doit-on réfléchir plus profondément d'un point humain simplement ?

Le travail en institution amène à prendre soin de personnes en souffrance, bien sûr il y a des populations plus fragiles que d'autres, pourtant ne devrait-on pas se demander si une formation commune à savoir recevoir cet Autre en difficulté ne serait pas nécessaire voir essentielle ?

1. C. Lehouelleur – Hôpital Marie-José Treffot – 579, rue Maréchal-Juin, 83400 Hyères.

Tél. : 04 94 00 27 42.

Correspondance : 12, Allée des Goujons – Domaine de l'Oratoire – 83400 Hyères.

Tél. : 06 03 43 28 58. E-mail : Christel.lehouelleur@hotmail.fr

Dans le cheminement d'une vie professionnelle, il y a ce choix de travailler dans le soin, pourquoi celui-ci a-t-il été fait ?

Comment un individu peut éviter de se mettre en souffrance lorsque son métier se fonde sur l'aide à Autrui ?

Il est autant de questions à se poser si nous voulons remettre en question notre relation à l'Autre en souffrance pour pouvoir tendre vers une politique de bientraitance en institution.

Amener alors les acteurs de « guidance » des établissements à réfléchir sur l'importance de leur rôle, de savoir le vivre à sa juste valeur humaine et éthique serait une réelle élaboration d'un projet bientraitant pour préserver l'Humain et la sérénité dans les soins.

1. Définition de la maltraitance et de la bientraitance

Suite aux constats de cas avérés et reconnus de maltraitance en institution, des études ont été commandées afin de comprendre pourquoi de telles situations critiques sont survenues.

Les maltraitances déclarées se sont produites sur des personnes âgées, des enfants, des personnes handicapées notamment.

Ainsi a pu être dégagée l'idée de personnes vulnérables sur lesquelles la maltraitance serait plus à même de se produire du fait de leur fragilité indiscutable, et de la difficulté du reflet du miroir qui soulève nombre de défenses psychiques.

En effet, être confronté à l'image du vieillissement par exemple peut générer de la souffrance chez le soignant du fait de cette projection sur l'Autre qui peut se produire de manière plus intense simplement en les aidant au quotidien.

La répétitivité de cette confrontation et l'image sociale véhiculée par notre société sur l'individu jeune comme étant un idéal peuvent engendrer de la souffrance donc de la maltraitance, si cette douleur psychique n'est ni entendue, ni élaborée.

Afin de reconnaître, de mettre des limites à cette maltraitance et de la sanctionner, une définition exacte est donnée par le Conseil de l'Europe en 1987 : « Elle se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière. »

Afin de compléter cette définition, une classification y est ajoutée en 1992 : « violences physiques / violences psychiques ou morales / violences médicales ou médicamenteuses / négligences actives / négligences passives / privation ou violation des droits / violences matérielles et financières ».

Dans cette classification, je tiens à développer notamment trois types de maltraitance :

- « – **violences psychiques ou morales** : langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantages, abus d'autorité, comportements d'infantilisation, non-respect de l'intimité, injonctions paradoxales ;
- **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 passives** : négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage. »

Toutes ces attitudes sont ainsi reconnues comme de la maltraitance, elles sont celles qui sont les plus présentes au sein de la vie institutionnelle.

Afin de les faire disparaître, il est essentiel de les comprendre, de les analyser et de trouver des solutions pour qu'elles soient inexistantes dans une prise en charge en institution.

Alors se pose la question de savoir comment un agent peut devenir maltraitant et dans quelles conditions ces attitudes sont malheureusement favorisées inconsciemment ou pas ?

Selon l'ANESM : « cette maltraitance est une situation volontaire et involontaire du fait de la souffrance psychologique de certains agents en burn-out ».

Pour pouvoir répondre à ces interrogations, il est utile d'aborder la bientraitance.

Toujours selon les mêmes sources, la bientraitance se définit comme :

« Elle est tout d'abord une manière d'être et de penser. »

« Une manière d'être qui induit une action ou plutôt le fait d'agir envers quelqu'un de manière orientée vers une qualité de prise en charge. C'est à la fois écouter, prendre soin, ou encore questionner ses propres représentations. »

La bientraitance est une réflexion à construire en fonction de ses valeurs humaines qui construisent l'identité professionnelle et dans le respect d'autrui et de soi-même. Cette élaboration est en lien avec l'institution, ses objectifs de soins et avec l'équipe pluridisciplinaire. Il est donc incontournable d'aborder la notion d'éthique dans ce cheminement.

Pour être plus claire, la bientraitance est le moyen de rendre au patient de l'autonomie, *a minima* d'un point de vue physique et psychique, de l'entendre dans ce qu'il est en tant que Sujet, tout en étant en accord avec ses propres valeurs et d'accepter de faire face à sa propre souffrance et de la mettre en mots.

Il y a deux éléments cruciaux notamment qui ressortent dans les groupes de travail quant à la bientraitance. Tout d'abord c'est le fait d'accepter que l'Autre éprouve des besoins différents des « nôtres » ou qu'il ne conçoit pas la vie de la même

façon que le soignant, et puis celui d'arriver à entendre que le travail effectué renvoie au soignant des éléments douloureux qui lui sont propres.

La bientraitance est le respect d'autrui en passant inévitablement par le respect de soi. De cela peut en découler une démarche du bien-être du patient par le bien-être du soignant.

Il est inconcevable, à long terme, d'être bientraitant tout en étant maltraité.

La bientraitance ouvre beaucoup de pistes de réflexion pour évoluer, mais nous allons d'abord nous centrer sur le soignant en tant que professionnel en constante évolution et aux besoins essentiels qui se posent à lui.

Le choix d'une carrière professionnelle se construit en fonction du vécu de l'individu, avec ses aspirations, son imaginaire du métier, ses valeurs morales notamment. Mais que peut-il se produire si cette personne est affectée par des situations qui mettent à mal ses valeurs propres dans sa fonction de soignant ?

2. De l'élaboration identitaire du soignant à l'épuisement professionnel

Afin d'illustrer cette construction d'identité professionnelle je vais vous donner l'exemple suivant :

« *Je veux aider les autres, je veux être utile aux gens qui souffrent.* »

Il s'agit d'une réponse qui se voudrait en apparence altruiste mais au fond que veut-elle signifier ? Je ne vais pas entrer dans une analyse de cette réponse mais simplement soulever le problème du : « je veux aider » mais se pose-t-on la question d'abord de savoir si l'Autre veut être aidé et si oui, comment ? Puis se positionner en tant qu'objet d'utilité n'est-il pas un risque de se maltraiter puis de poser le patient en tant qu'objet à son tour et inévitablement de le maltraiter ?

Ainsi travailler sur le pourquoi de son choix professionnel est important et ce, quelle que soit sa profession, cela peut éviter de glisser à un moment vers un non-respect de son identité professionnelle et faire souffrir la personne dont on s'occupe. L'image la plus parlante serait celle du soignant qui bien sûr souhaite que le patient aille mieux, mais alors comment envisager qu'il ne veuille plus vivre ou qu'il décède malgré les soins. C'est une situation qui se vit au quotidien suivant les services.

Le soignant se trouve alors confronté à des événements qui sont contraires à ce pour quoi il a choisi cette voie professionnelle. Certes, il est incontournable d'avoir des moments difficiles dans une profession, mais quand il s'agit de cette lutte vie/mort, elle ne peut qu'affecter profondément l'individu quoi qu'on en dise.

Tout comme les inconvénients d'une profession, il faut être à même d'entendre qu'ils peuvent devenir source de maltraitance pour un professionnel en fonction de son histoire de vie. La vie institutionnelle oblige à un fonctionnement où il n'est parfois plus possible de rester dans une sphère du respect de la vie individuelle.

L'exemple le plus simple serait celui du planning, qui à force du grand nombre d'individus ne peut plus satisfaire les besoins d'une personne, celui aussi de faire tourner les agents sur plusieurs services. Il y a des personnes qui vont apprécier cette dynamique mais pour d'autres, il s'agira d'une perte des repères générant de l'angoisse. Voici quelques exemples qui peuvent conduire à du mal-être, à des arrêts maladie mais à plus forte pression, cela peut aussi se transformer en épuisement si fort conduisant à de la maltraitance sur des patients.

Le management est crucial dans cette réflexion de la bientraitance. Le leader du groupe favorise les comportements bienveillants en étant dans une gestion du personnel qui fait émerger l'écoute, l'empathie, l'attention individualisée, la disponibilité, la communication.

Selon les recommandations de l'ANESM, la hiérarchie doit maintenir une démarche cohérente incluant : l'engagement, la responsabilité et la justice.

« – *L'engagement : les convictions de l'équipe d'encadrement ne doivent faire aucun doute pour les professionnels. L'engagement de l'encadrement est le moteur de celui des professionnels. Une animation d'équipe vise explicitement à encourager la réflexion sur les pratiques quotidiennes et à développer son autonomie, cela encourage un exercice professionnel réfléchi, distancié et donc responsable.*

– *La responsabilité : elle concerne la dimension éthique. Le cadre doit être positionné clairement dans son rôle de garant en matière de non maltraitance des usagers.*

Le principe de responsabilité implique que les équipes d'encadrement soient amenées de façon régulière à répondre de leurs actions en matière de prévention et de traitement de la maltraitance.

– *La justice : la notion de justice implique deux exigences distinctes pour les équipes d'encadrement :*

- *un positionnement équilibré en termes d'exercices de l'autorité,*
- *un positionnement distancié à l'égard des professionnels. »*

Ce cadre structurant pour la pratique du leader est essentiel pour permettre à chaque agent d'avoir à la fois des repères et d'être sécurisé par le comportement de son référent. Cette cohérence est à maintenir.

Le non-respect de ses valeurs incontournables guident vers de la souffrance du soignant, qu'il peut exprimer de mots en maux, en arrêt de travail, en violence contre lui-même, voir contre celui dont il est obligé de prendre soin malgré son profond mal-être.

Afin de changer le cadre de réflexion habituel sur l'abord hiérarchique, je vais présenter non plus l'exemple type du cadre soignant avec l'infirmier et l'aide-soignant, mais je tiens à choisir un autre trio professionnel, eu égard à mon expérience professionnelle, dans un pôle ayant des services d'urgence.

3. De la pratique clinique

Ce trio professionnel (médecin, infirmier et aide-soignant) fonctionne par hiérarchie même si celle-ci n'est pas inscrite d'un point de vue administratif, elle dépend fortement de l'organisation du service.

Du diagnostic et de la prescription du médecin vont découler les actes des infirmiers et ceux des aides-soignants.

Si ce médecin se trouve en conflit psychique quant à ses valeurs éthiques et ses obligations statutaires, il peut devenir à son tour maltraitant, comme tout autre professionnel, mais quelles conséquences alors pour les autres membres de l'équipe et le patient du fait de sa position hiérarchique ?

Cette situation particulière que je vais vous présenter est celle que l'on peut retrouver dans un service d'urgence car la problématique envisagée serait différente dans une autre unité de soins.

Sur une unité d'hospitalisation de courte durée, il a été fréquent pendant un temps d'être confronté à un certains nombres d'hospitalisations pour des personnes qui sont avérées être en fin de vie. La fin de vie est ici à entendre pour des patients qui ne sont pas pris en charge dans le cadre des soins palliatifs, pour une maladie chronique notamment, mais majoritairement pour des personnes âgées dont l'état s'aggrave très rapidement. Ces personnes n'étaient pas inscrites dans un suivi médical spécifique. Le problème qui se pose alors est de savoir comment gérer ces prises en charge qu'il était très difficile d'orienter vers d'autres unités.

Alors l'équipe a dû faire face à un nombre de décès important sur des périodes parfois très courtes. Le fait de ne pas être un service adapté à ce type de prise en charge (durée maximum de séjour de 48 h) et les problématiques économiques qui ont été générées alors ont fait éclater de grosses difficultés quant à la prise en charge des patients.

À chaque catégorie professionnelle se sont posées des problématiques différentes mais liées jusqu'à en arriver aux limites de la maltraitance.

Le contexte simplement étant très complexe, cela a fini par mettre à mal toute une équipe pluridisciplinaire.

Le médecin urgentiste insufflé à l'équipe paramédicale son positionnement de prise en charge.

Mais dans ce contexte de service d'urgence, les médecins changent régulièrement et chacun a sa propre lecture de l'accompagnement de fin de vie. De plus, il n'est pas habituel pour eux d'être confronté à autant de décès de patients.

Cette situation a conduit les soignants à se poser des questions éthiques quant au type de prise en charge. Certains se sont sentis vraiment maltraitants avec les patients et les familles, jusqu'à ne plus pouvoir appliquer les prescriptions.

Après beaucoup d'échanges et d'analyses des pratiques, il apparaît clairement que la souffrance des médecins n'avait pas été entendue. Face aux décès qui devenaient parfois le quotidien, les défenses psychologiques n'ont pu que se renforcer pour en arriver à bloquer la communication.

Les équipes paramédicales ont eu le sentiment d'être dans la violence pour les patients et dans la fuite vis-à-vis des familles, car ils n'arrivaient plus à reformuler le positionnement médical.

Les aides-soignants ont eu de lourdes difficultés à assumer leur quotidien, avec le sentiment de devoir considérer la personne décédée « comme un sac à fermer » et une fuite aussi vis-à-vis des familles, car n'étant plus en mesure moralement d'être soutenant avec les familles.

Cette expérience douloureuse pour l'équipe a pu être, malgré tout, parlée grâce à une profonde conviction médicale de travailler sur des valeurs éthiques.

Rapidement, ces situations peuvent mener une équipe soignante à de la maltraitance dans sa définition purement juridique.

Si l'on reprend les dernières classifications spécifiées précédemment dans le texte, il peut être aisé d'être concerné sur certains points.

De cette situation, je voudrais en arriver à cette prise de conscience que le médecin aussi peut être en souffrance, dès lors que ses valeurs éthiques et déontologiques sont bousculées.

Mais qu'en est-il de sa formation quant à la gestion de la communication (avec son équipe, dans l'avant et après et au moment de l'annonce du décès).

Il est essentiel aussi de considérer que sa façon d'être professionnelle est primordiale pour la vie du service et de l'équipe.

Globalement, il est abordé le thème du soignant paramédical en souffrance et maltraitant mais chaque catégorie professionnelle est concernée.

Chaque situation étant différente, la prise en charge de la fin de vie doit être gérée à chaque fois de manière spécifique. Le contexte des urgences et son organisation se prêtent difficilement à cet exercice de la médecine.

De cette expérience clinique, il est important d'en comprendre les mécanismes afin de pouvoir évoluer, de passer d'une position pouvant générer de la maltraitance à une réflexion pour aborder la bientraitance.

4. De la maltraitance à la bientraitance

Cette situation présentée, on peut souligner déjà que chaque soignant est susceptible d'être maltraitant en fonction du contexte.

Être vigilant au contexte est un élément-clé. Ce contexte concerne à la fois la population reçue, les conditions dans lesquelles un agent travaille.

Comme dans la situation précédente, nous pouvons noter qu'il y a le fait d'accueillir des personnes en fin de vie. Cela renvoie l'individu, à la mort, non seulement dans ce qu'elle peut renvoyer au niveau individuel, mais aussi dans la manière de l'accompagner.

À cela se rajoute les conditions économiques des urgences, qui ne permettent pas de se donner tout le temps souhaité pour appréhender la situation mais qui impose aussi de recevoir plusieurs patients mourants en même temps.

Il est important de souligner que les caractéristiques des usagers sont essentielles pour envisager la réflexion sur la qualité de prise en charge.

Un exemple significatif est la prise en charge des patients en situation de précarité. Les « SDF » font naître chez les soignants, eux aussi, une augmentation de la mobilisation des défenses psychiques. Cela peut s'exprimer sous différentes formes, mais cette auto-maltraitance que ces personnes s'infligent va beaucoup plus vite faire émerger des conduites déviantes de la part des professionnels. Là aussi, notre questionnement sur la prise en charge serait souhaitable pour permettre aux pratiques d'évoluer.

Quelles que soient les défenses psychiques mobilisées, ce type de situation va donc affecter toute l'équipe dans son intégralité et certains, plus en souffrance que d'autres, vont inconsciemment aggraver les événements..

Ainsi, nous pouvons nous demander quel va être l'élément barrière à cette maltraitance qui couve. Ici, il s'agit de la motivation de la hiérarchie à se poser les questions éthiques face à l'accueil des patients et de leurs familles.

En conclusion, je vais vous présenter les causes principales de la maltraitance selon l'ANESM et qui ont été toutes pointées dans la situation clinique précédente.

Causes de la maltraitance :

- les caractéristiques des usagers ;
- les conditions de vie et de travail ;
- les professionnels ;
- la direction de l'établissement ou de service.

Il apparaît donc plus clairement maintenant que pour évoluer vers la bientraitance, il faut réfléchir sur chacun de ses éléments.

Toutefois, des valeurs professionnelles solides sont indispensables pour évoluer. La direction ou le responsable de service doivent insuffler cette politique de fonctionnement.

L'expérience clinique montre qu'il faut des compétences particulières pour mener une équipe.

Les recommandations de l'ANESM développent particulièrement les qualités requises pour un « cadre hiérarchique » bien étayé afin de lutter contre la maltraitance.

De cette impulsion lancée par le leader du groupe va dépendre l'évolution de son équipe, ses positions éthiques et responsables sont primordiales.

« *Le management est souvent dénoncé dans l'apparition de comportements maltraitants envers les usagers, notamment : la mauvaise organisation du travail et la mauvaise gestion des ressources humaines.* »

« *La fonction de direction est d'une importance capitale, elle compte pour au moins 50 % dans la réussite d'un projet.* »

Du fait de sa spécificité, un service d'urgences doit travailler certains points cruciaux pour favoriser la bientraitance. Ne serait-ce que par son appellation, cela sous-entend une notion de rapidité de réactions, et qu'ainsi les soignants doivent être préparés pour agir dans un contexte plus stressant pour l'individu.

5. Axes de réflexion sur l'évolution de la bientraitance aux urgences

Il me semble donc que les points suivants doivent conduire à réfléchir :

Travailler la communication, le lien, la parole, le positionnement et la cohésion des équipes.

Comprendre la souffrance des patients en apprenant à favoriser leur autonomie.

Comprendre les pathologies psychiatriques.

Favoriser l'accueil des patients et de leurs familles, respect des relations.

Favoriser l'information de la population reçue sur le diagnostic, les examens, le devenir.

Prévenir la fatigue inhérente à certains postes (IAO, par exemple).

En conclusion, c'est à chaque équipe aussi et surtout de construire son propre projet de service, car cela fait partie de la démarche de bientraitance que de concerner chaque agent quel qu'il soit dans une réflexion commune du mieux être au travail.

C'est en travaillant en collaboration et dans l'échange, donc dans le respect de chaque individu que la bientraitance pourra se construire.

Une équipe comprend tous les corps de métier, qu'il s'agisse du médecin, de l'agent de service hospitalier ou de l'infirmier et surtout un leader qui mène son groupe dans le respect de l'Humain.

Références

1. ANESM, agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
2. « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », décembre 2008.
3. ANESM, agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », juillet 2008.
4. Fédération hospitalière de France, cabinet Houdart, cabinet Leuridan, Guide pratique : bientraitance/ maltraitance à usage des établissements et institutions, « Que faire face à la révélation d'une situation de maltraitance ? », 2007.
5. Ricœur Paul, Soi-même comme un autre. Paris : Seuil, 1990.
6. Rogers Carl R. Le développement de la personne, Paris : Dunod, 1998.
7. Winnicott Donald. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot, 1969.

