

---

## Volume 4 - Numéro 1, 2011 - Nouvelles Approches

### Prévenir La Maltraitance Et Tendre à La Bienveillance

---

Comment Redonner Du Sens à Notre Mission De Soignant

Auteur



**Dr Michel Schmitt**

*Chef de Pôle*

*imagerie Médicale hôpital Albert Schweitzer*

*Colmar, France*

[michel.schmitt@ghca.fr](mailto:michel.schmitt@ghca.fr)

**Nous sommes nous orientés vers les métiers du soin uniquement pour faire de la gestion, des statistiques et autres analyses d'activité ? vraisemblablement pas... Les mesures d'efficience sont aujourd'hui nécessaires, mais l'étude de l'activité médicale ne doit pas déboucher sur la seule performance économique. L'analyse qualitative, au premier rang de laquelle la relation avec la personne soignée, le respect, l'humanité, doit rester notre priorité. Notre action, toute entière tournée vers la personne soignée, doit être riche de sens et de valeurs. Pour être bienveillant, le soignant doit se sentir bien traité et sécurisé. De la relation de confiance établie avec les tutelles découlera son adhésion aux procédures d'évaluation et de mesure des activités qui prendront alors sens, dans le cadre d'une amélioration de la qualité.**

On n'améliore vraiment que ce que l'on mesure :

- les délais de rendez-vous sur les équipements lourds sont en France un problème de santé publique ; ils suscitent l'inquiétude des patients, persuadés de perdre des chances de guérison : ces délais doivent être mesurés, analysés et compris ;
- les délais de transmission des résultats sont très souvent excessifs et provoquent l'anxiété de la personne soignée et des tensions avec le corps soignant : des mesures et des analyses sont indispensables ;
- la prescription des examens (ou plutôt la demande d'investigations complémentaires) doit être présentée, sur la base de critères médicaux, au soignant qu'est le radiologue. Il décidera alors de la meilleure conduite à tenir en fonction de la réflexion bénéfices/risques qui sera tracée ;
- les rendez-vous non honorés perturbent le travail des soignants et privent certaines personnes d'un examen plus précoce ;
- le niveau d'activité par salle, par procédure, par soignant et donc par radiologue, doit être connu.

Ces mesures seront suivies dans un « tableau de bord » mensuel. Cette étape franchie et comprise par le soignant comme partie d'une démarche vers la qualité de la prise en charge des personnes, le véritable travail visant à « prévenir la maltraitance et à tendre à la bienveillance » pourra être entrepris.

La bienveillance n'est pas absence de maltraitance. La maltraitance, risque consubstantiel à toute structure accueillant des personnes vulnérables, peut souvent et doit être prévenue. L'objet de ce travail est de présenter notre expérience, non comme un exemple mais comme une contribution à la remise en cause de nos pratiques, qui ne peut qu'être collective et partagée.

Ce n'est que tout récemment que le secteur médicochirurgical et obstétrical a commencé à aborder ces questions en France. En attestent l'engagement de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui a publié en janvier 2010 un rapport sur la maltraitance « ordinaire » et celui de la Ministre française de la Santé qui a déclaré lors du discours d'inauguration d'Hôpital Expo en mai 2010 : « Je veux promouvoir la bienveillance, c'est-à-dire la manière dont chacun est pris en charge, dans sa singularité, au moment de sa vie où il est vulnérable, dépendant de l'autre pour ses besoins les plus élémentaires. Je veux faire de la bienveillance un axe fort de ma politique. »

## Redonner Du Sens Au Soin

### 1. Une Prise De Conscience

La maltraitance est habituellement considérée comme « le fait de l'autre » si elle n'est pas, plus prosaïquement, l'objet d'une démarche négationniste qui n'honore pas les valeurs éthiques dont nous nous prévalons. Sous bien des aspects, la médecine est déshumanisée. Par l'indifférence du soignant ou par la référence continue aux chiffres, la personne malade n'est plus qu'un numéro faisant partie d'une étude ; les jours gagnés ne sont plus des moments de vie mais des chiffres qui viennent alimenter des statistiques.

Qui se soucie de la qualité de survie et du ressenti des personnes malades ? Qui organise la communication et l'information qui leur sont dues ? Peut-on envisager une organisation médicale sans pensée ou parole pour les souffrances endurées par des hommes et des femmes qui voient leur vie basculer pour progressivement disparaître ? Sans prise en compte des drames vécus par les familles et les proches qui voient un être cher souffrir – parfois vainement – et se sentent inutiles dans cette lutte pour la vie, car non associés et non informés ? Est-ce là l'approche médicale que nous voulons ? Est-ce ainsi que nous souhaiterions personnellement être pris en charge ? Désirons-nous promouvoir une activité uniquement technique ou une approche humaine de la personne qui se confie à nos soins ?

### 2. Développer Une Action Fédératrice Et Motivante Pour L'Équipe De Soin

Le soignant ne peut être bien traité s'il ne se sent pas lui-même bien traité. Or, nombre de soignants sont aujourd'hui désemparés : ils se sont engagés en fonction de valeurs morales et humaines qu'ils ne retrouvent pas toujours au quotidien et ils souffrent du manque de temps, de la surcharge de travail due à des problèmes démographiques prévisibles mais non gérés, de la crise actuelle mais surtout de maints défauts organisationnels et lacunes institutionnelles. Les soignants doutent : ils doutent du temps consacré à leurs études, du temps pris à leur famille, du sens de leur travail et de leur hiérarchie souvent insuffisamment présente ou communicante. Ces ingrédients les rendent progressivement indifférent à la souffrance qui les entoure. Au fil du temps et de l'usure, ils deviennent des maltraitants « ordinaires ».

Les regroupements actuels des plateaux techniques permettent certes de limiter les déplacements des personnes soignées, d'optimiser les durées d'hospitalisation, de mieux gérer les urgences en garantissant la sécurité des patients, de substituer de façon optimale les examens, mais ils entraînent souvent une recomposition des équipes, avec un risque de déstabilisation. « Prévenir la maltraitance pour tendre à la bienveillance » donne une extraordinaire occasion de redonner du sens au soin et à la mission du soignant.

### Notre Expérience

Notre structure a été créée par le regroupement (administrative en 1997 puis géographique dans un hôpital neuf en 2007) de trois établissements ayant des niveaux d'activité, des cultures et des traditions très différents. Le risque était grand de :

- mettre en place une « usine de soins » venant par sa taille, ses équipements et ses contraintes d'activité se substituer aux hôpitaux de proximité que les personnes soignées et les membres du personnel appréciaient ;
- mal intégrer des équipes soignantes jusqu'alors « concurrentes » et ayant des pratiques socioprofessionnelles du soin différentes ;
- ne pas réussir à définir une « culture du soin » partagée, fédératrice et facilitatrice.

Même si un hôpital neuf permet d'améliorer la prise en charge hôtelière et de mettre en oeuvre des améliorations technologiques, l'analyse qualitative, même rapide, du fonctionnement d'un service laisse apparaître des risques de dysfonctionnement et donc de maltraitance. Nous avons mené des enquêtes de satisfaction auprès des professionnels de santé correspondants, extérieurs ou internes à notre établissement. Se posaient ainsi à nous des problèmes d'amélioration (et donc de mesure) de nos prestations, de notre organisation, ainsi que le besoin de redynamisation de notre équipe. Pour leur trouver une solution et recentrer l'équipe sur les valeurs du soignant et sur le sens du soin, un groupe de travail a été mis en place, avec mission d'écrire les valeurs fondamentales partagées par l'équipe, de lister les conduits inacceptables pour l'équipe, puis de rédiger la trame d'une Charte Qualité déclinée en « fiches techniques » immédiatement applicables.

Parallèlement, il a été demandé à la MEAH (Mission d'Evaluation et d'Audit Hospitalier), maintenant regroupée au sein de l'ANAP (Agence Nationale d'Aide à la Performance) de mener, en 2007 et 2008, une mission visant à mettre en place des mesures objectives et opposables d'efficacité, basées sur des indicateurs précis tels les délais de rendez-vous, le taux de remplissage des salles d'examen, le délai de transmission des comptes rendus, mais aussi l'activité par praticien et par modalité. Ces différents indicateurs d'activité « économique et administrative » non qualitative sont regroupés dans un « tableau de bord » mensuellement remis et commenté à tous les professionnels sans aucune restriction de contenu.

### 1. Le Groupe De Travail : Une Mission Limitée Dans Le Temps

Sa composition est importante pour garantir des discussions équilibrées et efficaces. Au début, il a été formé de quatre représentants des usagers (un représentant « institutionnel » membre de la CRUQ PC (Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge), trois patients choisis en fonction de leurs compétences (une infirmière libérale, une ambulancière et un psychologue, directeur de « Maison d'Enfant à Caractère Social », auquel a été confiée l'animation du groupe) et de quatre représentants des professionnels du service – un agent des services hospitaliers (AHS) et trois manipulateurs en radiologie (MER). Actuellement, il est animé par un MER et comprend cinq usagers et six professionnels (un AHS, trois MER et deux secrétaires). Des affichettes pour le « recrutement » de nouveaux représentants des

patients sont disposées dans les salles d'attente.

Pour favoriser la libre expression, la formulation de critiques constructives et l'évaluation juste des mauvaises pratiques, l'encadrement ne participe pas aux réunions. L'introduction et la conclusion des réunions sont faites par le chef de pole qui veille autant à la cohérence des débats qu'à leur fixer un rythme et des thèmes. Il est à l'écoute des membres du groupe. Les réunions ont lieu à échéance régulière (tous les deux mois en composition plénière, tous les quinze jours pour la composante « professionnels »).

## **2.Des Valeurs Fondamentales Centrées Sur Le Respect**

Des valeurs fondamentales, centrées sur le respect dû à la personne prise en charge, sont déclinées en actions pratiques. Ce respect doit tendre à générer une réciprocité de la part des personnes accueillies afin de garantir une véritable relation de compréhension et de confiance.

- Le patient ne se résume pas à un champ d'exploration ou à un objet d'examen : il est homme, riche de ses valeurs, de son histoire, de son vécu social, moral et affectif et le cas échéant de ses croyances et de sa religion ;
- Le soin ne se limite pas à un geste technique : la personne accueillie est prise en compte dans sa globalité ;
- La famille fait partie de l'univers de la personne accueillie ;
- Toute personne doit être prise en charge dans des conditions de sécurité optimales, tant physiques que psychologiques ;
- La personne particulièrement vulnérable doit être accueillie de manière adaptée ;
- Toute personne accueillie a droit à des soins personnalisés et à des prestations de qualité, tant au plan médical que psychologique ;
- La maltraitance est un acte inacceptable et répréhensible.

## **3. Les Conduites Inacceptables Sont Tracées Dans Le Dossier**

Les conduites inacceptables et maltraitantes sont, de façon non limitative, hors urgence ou contrainte médicale particulière, notifiées et tracées dans le dossier de l'utilisateur :

- les privations des besoins essentiels, primaires ou secondaires ;
- les atteintes à la dignité ou à l'intégrité physique, psychologique ou morale (menacer, faire peur, intimider, abuser de son autorité de soignant, etc.) ;
- les corrections physiques et les brimades psychologiques qu'elles soient directes ou indirectes ;
- les comportements d'omission, de complicité ou de négligence ;
- le non respect de la déontologie et de l'éthique professionnelle ;
- l'évocation sans raison de la maladie, du diagnostic, des conditions sociales, des origines et croyances, de la religion et de la race, afin d'humilier la personne accueillie ;
- le non-respect de la liberté de l'humain, en particulier en matière de pensée, de religion, de croyances, dans la limite de la prise en charge des situations d'urgence ;
- le non respect de l'obligation de signalement des conduites maltraitantes.

## **4.La Chart Qualité Redonne Sens à Nos Actions**

La Charte qualité « Tendre à la bientraitance pour prévenir la maltraitance » résume nos valeurs, engage les professionnels et donne sens à leur action envers l'humain. Elle met en avant la fierté du soignant à développer des actions éthiques. Elle fait partie du règlement intérieur du département : elle est expliquée à tout nouvel arrivant, signée par lui et communiquée aux patients (affichage dans les salles d'attente, les cabines de déshabillage, les couloirs, etc.).

## **5. Les Fiches Techniques, Déclinaisons Opérationnelles Des Travaux Du Groupe, Sont Indispensables**

Pragmatiques, elles donnent vie aux réflexions qui ne doivent pas rester du seul champ « philosophique » : elles doivent porter sur des thèmes sensibles motivant le personnel.

Douze fiches sont actuellement rédigées et appliquées :

- Attente des patients hospitalisés en salle d'attente dédiée ;
- Communication avec les patients et entre professionnels lors d'examens lourds ou invasifs ;
- Prise en charge de personnes très âgées ou aux facultés de communication perturbées ;

- Respect de la nudité et de l'intimité (tant physique que psychologique) des personnes ;
- Dispositif d'annonce du cancer et des maladies graves ;
- Suivi des actions menées dans le domaine de la prévention de la maltraitance et de la promotion de la bientraitance ;
- Réduction du délai de mise à disposition des comptes rendus et autres courriers ;
- Recenser les besoins des usagers (enquêtes de satisfaction) ;
- Réduction des délais de rendez-vous - et gestion du planning de programmation ;
- Information des personnels et affichage des indicateurs d'activité et des tableaux de bord ;
- Information des services sociaux, signalement judiciaire et secret médical ;
- Prise en charge de la souffrance (du soigné et du soignant).

## 6. Travaux Actuels Et Développements Envisagés

Diverses difficultés doivent être surmontées pour assurer la nécessaire pérennité de la démarche. En ce qui concerne la composition et l'animation du groupe, il nous est apparu nécessaire de ne pas figer les choses, soit par des écrits, soit au contraire par l'absence de règles, lors du lancement de la démarche : la composition du groupe doit évoluer facilement, intégrant de nouvelles compétences (représentants du monde industriel et économique, personnes averties en ressources humaines, etc.) et remplaçant les membres défaillants. Il est sage de prévoir une fiche de mission annuelle pour chacun des membres du groupe, y compris pour l'animateur.

La dynamique est indispensable à la démarche, ne serait-ce que pour éviter la lassitude. Le groupe doit donc être alimenté en permanence de nouvelles « commandes » de réflexion et de fiches techniques : plusieurs travaux sont lancés chaque début d'année par le chef de département. En ce moment, il travaille sur les droits et devoirs des usagers ; la charte de l'usager ; la souffrance au travail du soignant ; la mise en place d'un groupe de parole pour les soignants ; des enquêtes de satisfaction adaptées aux enfants (concours de dessins) ; une fiche/un poster à destination des professionnels. Il serait souhaitable que ces idées émanent du groupe, ce ne fut pas le cas jusqu'à présent.

## 7. Dea Résultats Qualitatifs Et Opérationnels Inattendus

Le groupe a eu la sagesse de ne pas se réfugier derrière la classique facilité consistant à mettre en avant le manqué de moyens, manière aisée de laisser porter toute responsabilité aux autres en évitant de s'engager – même si un minimum matériel est indispensable, un sourire, une main tendue ne prennent pas de temps et ne nécessitent pas d'argent. Il a ouvert la voie qui consiste à s'interroger sur sa pratique, en toute conscience et humilité, à remettre en cause son exercice professionnel et à développer ses valeurs humaines.

### Les Résultats Qualitatifs

La satisfaction des patients est mesurée par deux enquêtes annuelles. Les résultats sont très positifs et les remarques constructives. Rien ne fait cependant plus plaisir que d'entendre « c'est différent ici, on se sent bien dans ce service ». En ce qui concerne les conditions de travail, l'intégration des équipes et des nouveaux arrivants est largement facilitée, leur satisfaction professionnelle et leur plaisir à travailler ensemble dans un but de soin défini avec des objectifs partagés se sont améliorés de façon considérable avec pour principaux effets une très bonne ambiance de travail, une motivation et une implication forte dans l'activité, une solidarité entre les personnels extrêmement développée, une productivité individuelle et collective importante et l'absence de conflit malgré des conditions d'exercice parfois difficiles.

### L'Efficiace Opérationnelle

De nombreux indicateurs ont été largement améliorés, sans que la charge de travail n'en paraisse augmentée pour autant : les délais de rendez-vous (scanner : 1,5 jrs pour 14 237 forfaits annuels ; IRM : 27 jours pour 8 438 forfaits ; bilans sénologiques et actes interventionnels) ; les délais d'envoi des comptes rendus (passage de 60 h à 22 h à l'issue de la mission MEAH, 9 h 30 actuellement dans un contexte de forte augmentation de l'activité : + 50 % d'indice ICR en une année à personnel constant) ; l'activité des équipements et le taux d'occupation horaire. Ces résultats n'étaient pas escomptés au début de la démarche : ils résultent de l'engagement des personnels et de la satisfaction des personnes soignées.

## 8. LES Obstacles Rencontrés

La démarche s'est déroulée simplement, sans difficulté particulière au sein du service. En revanche, la diffusion dans l'établissement est un problème, les soignants non médicotechniques se posant la question de la légitimité d'une telle démarche dans un secteur d'imagerie : cette démarche procède selon eux du soin dont, techniciens, nous serions exclus ! Sans doute avons-nous progressé trop vite et trop « seuls » : nous voyons l'importance de mettre en place, dès le début de l'action, des groupes transversaux impliquant des professionnels de tous les services : la réflexion sur le soin est en effet commune à tous. Seules les fiches techniques, qui sont davantage des documents « métier », diffèrent partiellement. La situation est en passe d'être rattrapée avec l'intégration de brancardiers (pour la rédaction de procédures techniques), de collègues des secteurs chirurgicaux et obstétricaux, de diététiciennes.

Les facteurs de réussite : cinq points essentiels pour communiquer et entraîner

1 - La Conviction Et l'Engagement fort Du Chef De Pôle Ils sont indispensables à la motivation de l'équipe, à la recherche de représentants des patients, à la facilitation organisationnelle de la démarche :

- nomination d'une « correspondante bientraitancemaltraitance »
- » au comité institutionnel des vigilances ;
- intégration de la Charte qualité au règlement intérieur ;
- définition de thèmes de travail ;
- implication des plus jeunes en les faisant largement communiquer lors de congrès régionaux et nationaux ;
- prévention des conflits entre professionnels, souvent liés à la jalousie et à une valorisation mal conduite.

Par son intermédiaire, l'institution doit s'engager dans la voie de la prévention des maltraitances, de la promotion de la bientraitance et de l'appui aux personnels et une stratégie institutionnelle de prévention des maltraitances doit être mise en place (formation de tous les nouveaux arrivants dans l'établissement, cours sur la bientraitance, communications internes, etc.).

## **2 - Le Travail En Commun Des Membres Du Groupe Sur Un Sujet Donnant Du Sens Au Soin**

C'est le cœur de métier et l'élément moteur du changement. Il est indispensable. La rédaction partagée d'un document sur les valeurs fondamentales fédère et engage. Le but de la démarche est le « bien soigner », sans doute différent du seul geste technique. Les mesures d'efficacité socioéconomique et l'amélioration de l'activité sont des outils : elles ne sauraient être une fin.

## **3 - Les Patients Doivent Faire Partie Du Groupe De Travail**

Ils apportent leurs valeurs, leurs attentes, leur vision du soin. Les soignants ne doivent pas craindre leur vision « extérieure » : elle est bienveillante et constructive, motrice et permet de sensibiliser hiérarchie et direction. L'encadrement paramédical, médical et administratif doit par contre rester en arrière plan, même si cela peut sembler frustrant ou compliqué : la liberté de parole, les critiques constructives, l'appropriation de la démarche sont à ce prix.

## **4 - Le Moment Opportun Pour Lancer La Démarche Doit être Choisi**

La démarche devra être préparée en amont : la préparation des visites de certification de la HAS est une occasion intéressante. Elles sensibilisent la direction et les personnels qui adhéreront plus facilement.

## **5 - Tous Les Résultats Doivent être Transparent Pour Les Soignés Comme Pour Les Soignants.**

Les résultats doivent être affichés, le service doit être ouvert aux intervenants extérieurs et éviter de vivre en autarcie : il n'y a aucune honte à reconnaître des dysfonctionnements (qui n'en connaît pas ?) ; les nier, en revanche, reviendrait à ne pas les gérer et à en générer de plus graves encore ! Il y a là de multiples occasions de mettre en place des moments d'échange au sein de l'équipe confrontée à la quotidienneté des soins, pour lui permettre d'évaluer la réalité de la profession, ses contraintes et souffrances, et d'exprimer ainsi son éventuel malaise.

Le management est donc à la base de toute la démarche : il doit être souple, communicant, centré sur les valeurs du soin, évolutif et valorisant pour l'équipe. Confiant envers les soignants, il doit accepter de se remettre continuellement en cause.

## **Conclusion**

Tout comme le « soigné » ne se limite pas à une maladie ou à un numéro, le soignant ne se limite pas à une blouse blanche ! Il a des droits dont celui au respect et à l'information. Il a aussi des devoirs, en particulier celui du respect de la personne accueillie, celui du « bien soigner ». Son exercice est parfois aujourd'hui difficile : les doutes s'installent concernant le sens de son engagement et les valeurs du soin. Une démarche « tendre à la bientraitance pour prévenir la maltraitance » lui permet de retrouver ce sens, centrant le soignant au cœur de son métier : la prise en charge de l'humain.

Published on : Sun, 10 Apr 2005