
Volume 3 - Numéro 2, 2010 - Nouvelles Approches

Prévenir La Maltraitance Et Tendre à La Bienveillance :

Une Prise De Conscience Et Une Nécessaire Remise En Cause De Nos Pratiques

Auteur



Dr michel Schmitt

chef de pole imagerie médicale hôpital Albert Schweitzer

colmar, France

michel.schmitt@ghca.fr

Loin d'une réflexion philosophique stérile, un travail sur la bienveillance – et sur ce qui n'est pas son

contraire, la maltraitance – doit trouver sa place dans la vie des soignants que nous sommes, souvent trop préoccupés par le quotidien, la technique, les difficultés diagnostiques, la gestion et les problèmes socioéconomiques. Notre rôle médico-technique ne nous dispense pas de la nécessaire remise en cause qui doit nous faire réfléchir au sens du soin, de notre engagement professionnel et de nos valeurs éthiques, à la valeur de l'humain.

Le secteur medico-social a abordé cette thématique depuis une trentaine d'années. Le champ médical, chirurgical et obstétrical, et plus encore les activités médico-techniques en sont trop restés quasiment absents. Et pourtant, pour important que soit cet abord, notre activité ne saurait simplement se limiter à des mesures d'efficacité et de performance économiques.

La qualité de l'accueil et de la relation soignante, le respect de la dignité et de l'humanité des personnes qui se confient à nous, doivent rester notre priorité et s'inscrire dans une action durable, même si nos plateaux sont aujourd'hui avant tout vantés pour leur technicité.

Prévenir Les Maltraitements

Comment progresser en matière de prévention si l'on refuse d'admettre la maltraitance, si l'on considère que « cela » ne peut arriver chez soi, dans son propre service ou cabinet ? Comment avancer, comment prévenir si l'on considère et érige en principe que le maltraitant ne peut être que « l'autre » ? Reconnaissons-le d'emblée, en toute simplicité, sans donner dans le catastrophisme, la mise à l'index ou la repentance négative et stérile : nous sommes tous maltraitants, d'une façon ou d'une autre, au cours de nos activités de soin. Assumons cette réalité et travaillons, ensemble, pour faire changer les choses !

1. La Maltraitance Dans Un Service d'Imagerie

La maltraitance, anciennement définie comme l'ensemble « des mauvais traitements infligés à des personnes dépendantes, sans défense, par des proches (parents, famille) ou des personnes chargées de s'en occuper » dont les soignants, se décline en sept catégories : violences physiques, psychologiques, financières ou matérielles, médicamenteuses, violation des droits civiques, négligence active et négligence passive. Il est aujourd'hui des façons plus pragmatiques de décliner ces maltraitements que l'on qualifie volontiers de légères, de communes ou d'ordinaires, comme s'il existait des malheurs moins importants que d'autres.

Les différentes formes de maltraitements :

- la banalisation, l'indifférence du soignant face à une personne soignée qui se sent devenir « transparente » avant de disparaître ;
- l'ennui et l'inoccupation du « patient » ;

- l'absence ou le refus de communication de la part de soignants ;
- l'absence de prise en compte de la peur (de l'examen, de la douleur éventuelle, du diagnostic, de l'attente, etc.), de la gêne et du sentiment d'infériorité vécus par certaines personnes soignées et leur famille ;
- l'isolement des proches qui ne sont pas considérés par le « système » soignant ;
- la « non sécurisation » ressentie par la personne soignée lors de la réalisation de certains actes et procédures ;
- la réalisation d'actes non motivés, inutiles, qui ne modifieront ni la prise en charge thérapeutique ni le pronostic, une fois ce dernier précisé ;
- le bruit, l'excès de lumière, le froid, les va-et-vient dans les couloirs et salles d'attente, les autres nuisances ;
- l'absence de convivialité des locaux ;
- les attentes non motivées (du rendez-vous, de l'examen, de la communication des résultats, etc.) avec l'incompréhension et l'angoisse qui en résultent ;
- plus simplement, l'absence de présence humaine et de bienveillance, etc.

La loi du 2 janvier 2002 élargit le concept initial, précisant que « la maltraitance pouvait être acte ou omission, pouvant porter atteinte à la vie, à l'intégrité physique ou psychique d'une personne ». Elle introduit la notion de « maltraitance institutionnelle » résultant le plus souvent du déni du droit des usagers. La loi place, en effet, l'utilisateur au centre du dispositif, veillant à ce qu'il devienne le plus autonome, c'est-à-dire le plus indépendant possible : le « soigné » est un être humain, acteur de sa prise en charge, et non un « patient » qui supporte et endure. La notion d'accompagnement se substitue ainsi à la notion de prise en charge qui met l'accent sur le soin en tant que geste technique. L'utilisateur, le patient, est d'abord et avant tout un être humain dont il faut respecter la dignité et les droits.

2. Les Problèmes Organisationnels Favorisent La Maltraitance

À côté de la maltraitance résultant de la déviance « pathologique » d'un individu, des facteurs de risque de maltraitance « ordinaire » peuvent être dépeints, généralement liés à des problèmes organisationnels, tels :

- le manque de communication entre les membres du personnel soignant ou entre les soignants et leur hiérarchie ;
- l'absence de culture institutionnelle sur l'attention à porter à la personne soignée, sur l'empathie, l'ouverture d'esprit et l'écoute ;
- la non définition des postures éthiques et des valeurs fondamentales de l'institution ;
- un sentiment de non reconnaissance, de solitude, de mal-être, de burn-out, ne préparant pas le soignant à être disponible pour le soigné ;
- l'épuisement physique et moral résultant d'un travail continu auprès de personnes dépendantes ou de cas pathologiques lourds ;
- le manque de recul du soignant sur son quotidien, le manque d'information sur sa structure, les incertitudes quant à son avenir.

Le silence contribue à la pérennité de la maltraitance au sein des institutions. Il est souvent lié à la peur de l'institution, de certaines hiérarchies, mais aussi à la crainte de se tromper ou de prendre ses responsabilités. « La maltraitance ça se voit, ça s'entend, ça se sent, ça se touche. Mais entre voir et dire, entre entendre et interpeller, entre toucher et dénoncer, il y a un fossé où la peur fait son lit et engendre le silence. La peur de dénoncer la maltraitance existe bel et bien ! » (J.-Y. Gelinier)

3. Des Groupes De Travail Pour Prévenir La Maltraitance

L'éthique professionnelle la plus élémentaire et les valeurs humaines animant chaque soignant obligent à intégrer au quotidien le risque de maltraitance dans nos activités. Grâce à un travail en groupe, nos pratiques professionnelles doivent être analysées objectivement et remises en cause :

- définition de valeurs communes et de postures éthiques discutées, partagées et appropriées par l'ensemble de l'équipe ;
- définition par les professionnels des conduites inacceptables car maltraitantes ;
- travail sur le respect (de l'humain, de l'intimité, de la pudeur, etc.) ;
- réflexion sur la nécessaire « non-dépersonnalisation » de la personne accueillie : elle ne peut être assimilée à un cas pathologique, à un numéro, à un organe ;
- prise de conscience par l'équipe de soin du caractère avilissant de certaines situations (nudité physique ou psychologique, alitement, impossibilité de se mouvoir, couches, dépendance, hygiène, prothèses, dentiers, etc.) mettant, de fait, les patients en situation d'infériorité ;
- culture de la parole, de l'échange et donc de l'écoute ;
- définition claire de la hiérarchie et des fonctions ;
- mise en place d'une politique de formation visant à expliquer de façon adaptée, rassurer, écouter, informer, développer son empathie, gérer la peur et le temps, connaître les patients et leurs pathologies ;
- volonté d'ouverture pour ne pas isoler le service : accueil de stagiaires, d'étudiants, travail partagé avec des représentants des usagers, etc. ; la maltraitance trouve son nid dans l'autarcie et l'isolement ;

- prévention de l'incompréhension entre soignants et personnes soignées et réflexion sur la mise en place d'un climat de respect réciproque garant de la nécessaire confiance ;
- groupes de parole avec intervenant extérieur neutre, sans représentant des usagers afin d'éviter toute dérive du type « posture attendue » et de permettre aux professionnels d'exprimer librement leur vécu.

Tendre à La Bienveillance

Une dynamique vers la bienveillance doit faire partie de toute

démarche qualité. Elle figure au premier plan du programme de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) : « La bienveillance ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance. La bienveillance, démarche volontariste, situe les intentions et les actes des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques, tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable, car il existe une profonde résonance entre maltraitance et bienveillance » 1.

1. Un Champ De Réflexion

Le concept de bienveillance naît dans un champ de réflexion marqué par plusieurs étapes importantes :

- la bienveillance, telle que définie dans le rapport Belmont (1979), répond à deux règles fondamentales : ne pas faire de tort, maximiser les avantages et réduire autant que possible les dommages pouvant résulter d'un acte ;
- la bienveillance mène à aborder l'autre, plus fragile, avec une attitude positive et le souci de faire le « bien » pour lui ;
- la sollicitude, développée par Paul Ricoeur (1990), consiste à adopter envers l'autre une « attitude visant à rétablir un équilibre plutôt qu'à accentuer un déséquilibre » ;
- le « care » anglo-saxon vise à valoriser le « prendre soin » plutôt que le « guérir technique ».

« La bienveillance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance » 1.

2. Une Humanisation Des Structures et Des Organisations

La bienveillance procède :

- de la culture du respect de la personne accueillie, de son histoire, de sa dignité et de sa singularité, de son humanité, quel que soit son état pathologique ou sa déchéance apparente ;
- d'une manière d'être des professionnels qui, au-delà de la bonne réalisation technique d'une série d'actes plus ou moins sophistiqués, visent à être soucieux de l'autre en respectant ses choix et ses refus dans la limite des règles de sécurité, tant pour la personne accueillie que pour l'équipe soignante. Pour que cette démarche respecte des règles institutionnelles claires, la « posture professionnelle » doit être définie ;
- d'une valorisation de l'expression des usagers, familles, accompagnants et correspondants.
- d'une interaction permanente entre la pensée et l'action, de manière à éviter la dépersonnalisation, l'indifférence souvent protectrice, ou les réactions de violence ;
- d'une démarche continue d'analyse et de remise en cause des pratiques professionnelles.

Conclusion

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « la santé est un état de bien-être total physique, social et mental de la personne. Elle n'est pas simple absence de maladie ou d'infirmité » 2. En matière de santé de l'homme, la réponse « technique » limitant les soins à une procédure, un geste pratique ou à un protocole n'est certes pas la bonne. Elle est pourtant rassurante pour le professionnel qui se voit reconforté par un champ d'exercice défini, borné, mesurable, quantifiable et opposable. Les soins médicaux, proches en cela du « care » anglo-saxon, ne doivent plus s'envisager sans respect de l'homme soigné, de la personne, de son humanité, de ses valeurs et croyances, de son histoire, sa religion et/ou sa morale, de sa famille et de sa vie sociale.

Cet aspect « humain » des soins ne laisse aucune place aux conduites maltraitantes, inacceptables en ce qu'elles se constituent comme négation de notre part d'humanité et des valeurs éthiques fondamentales du soignant ; il engage le soignant dans une réflexion sur son exercice, la définition et la discussion de ses valeurs. Cette prise de conscience est certes difficile. Elle nécessite travail sur soi et recul, formation et adaptation, remise en cause permanente de son exercice. Elle valorise notre « humanité ». Elle est

la noblesse de notre fonction de soignant. *Une réflexion sur le sens du soin sera l'objet d'un article qui paraîtra dans notre prochain numéro.*

« la maltraitance n'est pas l'affaire des seuls pervers, lesquels prévoient, ritualisent, orchestrent, organisent la maltraitance et en tirent plaisir. parviendrait-on à chasser de nos institutions tous les pervers qu'on n'en aurait pas pour autant fini avec la maltraitance. elle peut être le fait de

chacun d'entre nous, à l'occasion d'une grande fatigue, d'une mauvaise humeur, du sentiment qu'on est soi-même maltraité. »

« le maltraitant est d'abord quelqu'un qui se croit maltraité : voilà ce qu'il faut comprendre. Comprendre mais non point légitimer. Faire comprendre au bourreau qu'on n'ignore pas qu'il a été victime, et cependant lui dire que sa malchance ne lui donne aucun droit à la méchanceté. »

Eric Fiat

Published on : Wed, 30 Mar 2005