

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de médecine

Laboratoire d'éthique médicale et médecine légale

Directeur : Professeur Christian HERVÉ

MASTER 1 « RECHERCHE EN ÉTHIQUE MÉDICALE »

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2014-2015

***La bientraitance dans un établissement de santé :
genèse et questionnements éthiques***

Présenté et soutenu par Alice DUVAL

Directrice de mémoire : Professeur MAMZER-BRUNEEL

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----------|
| <u>INTRODUCTION :</u> | 6 |
| <u>I. Bientraitance : genèse d'un néologisme</u> | 12 |
| A. Bien-traitance...bientraitance : un trait d'union garant de sens. | 13 |
| 1. <u>Le sens d'une quête</u> | 13 |
| 2. <u>La Bien-traitance institutionnelle</u> | 15 |
| 3. <u>Une valeur ajoutée</u> | 17 |
| B. Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance : la mémoire du risque | 19 |
| 1. <u>La quête du sens</u> | 19 |
| 2. <u>Développer la bientraitance : un pas vers l'évaluation</u> | 21 |
| 3. <u>Une « culture de la bientraitance » : mémoire du risque et management</u> | 23 |
| C. La résonance des maltraitements | 25 |
| 1. <u>La maltraitance</u> | 25 |
| 2. <u>La maltraitance institutionnelle</u> | 28 |
| 3. <u>La maltraitance ordinaire</u> | 30 |
| <u>II. Bientraitance : un terme aux définitions multiples</u> | 32 |
| A. La bientraitance comme amélioration continue de la qualité | 33 |
| 1. <u>Évolution et évaluation des pratiques : améliorer la qualité</u> | 33 |
| 2. <u>La certification : un outil de démocratie sanitaire</u> | 35 |
| 3. <u>Parallèle avec l'analyse des entretiens</u> | 37 |
| B. La bientraitance comme normalisation : vers une gouvernance de l'humain ? | 39 |
| 1. <u>Une bientraitance performative</u> | 39 |
| 2. <u>Un discours normatif</u> | 42 |
| 3. <u>Parallèle avec l'analyse des entretiens</u> | 43 |
| C. L'alternative du care ? | 46 |
| 1. <u>Une "voie" différente</u> | 46 |
| 2. <u>La division du travail : care et bientraitance</u> | 48 |
| 3. <u>Parallèle avec l'analyse des entretiens</u> | 50 |
| <u>III. Un enjeu d'humanité : le soin fait sens</u> | 54 |
| A. La relation de soin | 55 |
| 1. <u>Une dimension sociale</u> | 55 |
| 2. <u>Une éthique de la responsabilité</u> | 59 |
| B. Une mission humaine | 61 |
| 1. <u>Les valeurs cadres de la bientraitance</u> | 61 |
| 2. <u>Parallèle avec l'analyse des entretiens : une nouvelle notion éthique ?</u> | 64 |
| C. Modélisation théorique | 66 |
| <u>CONCLUSION</u> | 67 |

| | |
|---|-------------------|
| <u>BIBLIOGRAPHIE</u> | <u>71</u> |
| <u>ANNEXE analyse entretiens</u> | <u>76</u> |
| <u>ANNEXE 1</u> | <u>80</u> |
| <u>ANNEXE 2</u> | <u>82</u> |
| <u>ANNEXE 3</u> | <u>86</u> |
| <u>ANNEXE 4</u> | <u>90</u> |
| <u>ANNEXE 5</u> | <u>97</u> |
| <u>ANNEXE 6</u> | <u>105</u> |

AVERTISSEMENT



Tableau 1

Gustav Klimt, *Philosophie* (deuxième version), 1903

Source : <http://synesthesie-compagnie.blogspot.fr/2011/01/portraits-dhistoire-de-lart-hygeia-de.html>

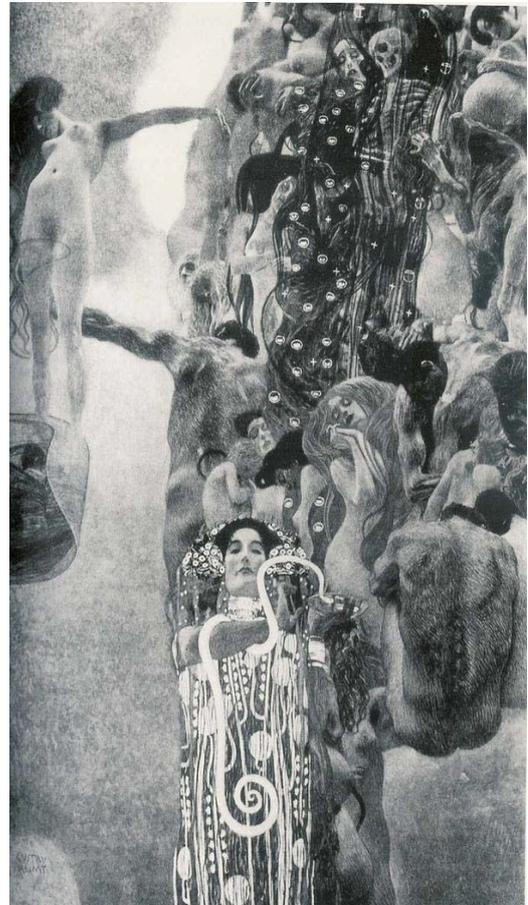


Tableau 2

Gustav Klimt, *Médecine* (deuxième version), 1903

Source : <http://synesthesie-compagnie.blogspot.fr/2011/01/portraits-dhistoire-de-lart-hygeia-de.html>

Philosophie et médecine. Depuis le VI^{ème} siècle avant notre ère, philosophes et médecins portent un regard croisé sur un domaine partagé, celui de la connaissance de l'homme ¹. Ces deux disciplines, philosophie et médecine, nourrissent cette réflexion autour de l'acquisition d'une meilleure

¹Centre de recherches sur la pensée antique, Centre Léon Robin [page web], CNRS-Univ.Paris Sorbonne-ENS Ulm, 5 octobre 2012, <http://www.centreleonrobin.fr/recherche/27-recherche/63-2-2-philosophie-et-medecin>, (dernière consultation) 21 mai 2015.

connaissance de celui-ci en adoptant un discours sur la méthode. Selon les recherches menées par le Centre Léon Robin sur la médecine grecque ², Platon, à travers le discours du *Phèdre*, mettrait en exergue la relation existant entre la doctrine hippocratique et la dialectique. Le parallèle entre philosophie et médecine sera maintenu dans les écrits de Galien de Pergame *Sur les doctrines d'Hippocrate et de Platon* ³. À travers ces études, nous pouvons constater à quel point philosophie et médecine sont liées. Au XX^e siècle, cette connexion sera représentée dans l'œuvre de l'artiste Gustav Klimt à travers ses toiles, *Philosophie* et *Médecine*, destinées à décorer l'Université de Vienne. Au travers de l'art, la dimension relationnelle de la philosophie et de la médecine apparaît : la philosophie sera le soin de l'âme et la médecine, le soin du corps.

Art et philosophie. Les conceptions d'art et de philosophie deviennent également intelligibles dans la relation qui les noue, autrement dit c'est à travers une dimension unitaire qu'il faudra envisager la manière avec laquelle ces conceptions s'ordonnent et se répondent. Dans cette optique, la relation entre art et philosophie évoquée au travers de la pensée philosophique de Bergson nous éclairera : la « philosophie comme l'art, vise une certaine vérité qui est monstration de la réalité en profondeur, par-delà le voile des besoins et du langage qui la recouvre » ⁴. Afin de préciser davantage la démonstration de l'auteure, nous retiendrons une parole de Bergson durant *La conférence de Madrid sur l'âme humaine* en 1916, « l'artiste sera aussi un philosophe, avec

² *Ibid.*

³ *Ibid.*².

⁴ Nadia Yala Kisukidi, *Bergson ou l'humanité créatrice*, Paris, CNRS éditions, 2013, p. 159.

cette différence : que la philosophie s'adresse moins aux objets extérieurs qu'à la vie intérieure, à l'âme »⁵. Nous voyons ainsi à l'aide de la philosophie bergsonienne, la manière avec laquelle l'homme, à travers une transformation de son attention au monde opérée grâce à l'art et la philosophie, peut atteindre une certaine connaissance de la réalité.

Ce passage introductif nous paraissait nécessaire afin de montrer que la philosophie est indispensable pour découvrir la réalité « par-delà le voile des besoins et du langage qui la recouvre »⁶. Autrement dit, concevant la philosophie comme une appréhension singulière du réel, il sera essentiel de la convoquer pour questionner ce terme de la "bienveillance", de manière à mettre à l'épreuve notre langage afin de toujours mieux énoncer et par là même, comprendre. Par le présent travail, la légitimité de vouloir développer une telle thématique ne sera pas remise en question ; néanmoins, il semble important voire nécessaire de devoir questionner ce mot, ce qu'il évoque et ce qu'il provoque, en épuisant toutes ses potentialités. Nous aborderons donc ce travail avec toute la *phronêsis* aristotélicienne, c'est-à-dire la *prudence* conçue dans sa dimension de vertu philosophique.

⁵ *Conférence de Madrid sur l'âme humaine*, in. *Mélanges*, p. 1201.

⁶ Nadia Yala Kisukidi, *op. cit.*, p. 159.

INTRODUCTION :

BIENTRAITANCE. Voilà un terme qui appelle à s'interroger. En effet, ce mot "bientraitance" est un néologisme majoritairement absent des dictionnaires, ce qui nous amène inévitablement à nous questionner quant à son sens et sa portée. Décomposons donc ce terme qui semble intrinsèquement poser question : de la bientraitance à la bien-traitance. Le suffixe "traitance", renvoyant au verbe "traiter" peut, en soi, légitimement nous interroger. Dans le dictionnaire *Larousse*⁷, le premier sens donné à ce verbe transitif "traiter" se trouve être « agir envers une personne de telle ou telle façon : *bien traiter quelqu'un* ». La bientraitance reviendrait donc à traiter quelqu'un de manière "bonne". Ainsi, envisagé de manière positive, "bien traiter" quelqu'un semblerait aller de soi. Le second sens que revêt ce verbe "traiter" est : « traiter une maladie », il se dit donc de quelqu'un qui apporte un soin. Faisant le lien, ce néologisme a submergé les champs sanitaire et médico-sociaux à partir des années quatre-vingt-dix. En effet, à l'aube du troisième millénaire, la langue française a vu émerger ce néologisme, à la différence qu'il était orthographié d'une manière particulière, c'est-à-dire avec un trait d'union, "bien-traitance". Voyant le jour, au sein du Comité de pilotage de « l'Opération pouponnières » dans le cadre de l'Action sociale au sein du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité lancé à partir de 1978, ce terme de

⁷ « Traiter », Larousse, 1966, p. 3050 (volume 3).

“bien-traitance“ intervenait dans le domaine de la petite enfance. Les professionnels, fortement concernés par la séparation des enfants de leur milieu familial, prirent le pouls de la dimension immédiatement symbolique de ce terme. Autrement dit, la “bien-traitance“ est née dans le contexte et la réalité des maltraitances faites aux enfants. Rapidement, cette notion se déploie et les personnes vectrices de son développement prennent « conscience que cette nouvelle notion allait s’adresser, par-delà la petite enfance, à tous les âges de la vie de l’être humain, de sa conception au soir de son existence »⁸. En effet, après avoir émergé dans le domaine de la petite enfance, la “bien-traitance“ s’est étendue au champ de la gériatrie et devient une notion prépondérante des EHPAD, établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes. Conséquemment, cette “dénonciation“ de la dure réalité de la maltraitance met en exergue la notion de vulnérabilité. En effet, la naissance de la notion de “bien-traitance“ entérine le postulat de la vulnérabilité comme point commun à son déploiement. Mais déjà en 1997, le vingt-troisième Colloque des médecins de protection maternelle et infantile formulait la question : « la bientraitance existe-t-elle ? »⁹. Le trait d’union se perd et cette fois-ci la “bien-traitance“ devient “bientraitance“. Dans le dictionnaire du *Larousse*, le trait d’union est « ce qui sert à joindre, à unir »¹⁰ ; une union entre deux mots qui crée une interdépendance entre ceux-ci. Marquer le lien,

⁸ Danielle Rapoport, « Dénoncer, énoncer, annoncer, renoncer ? », in Georges Arbuz (dir.) *La bien-traitance au soir de la vie, avancer en âge*, Paris, Belin, 2009, p.7.

⁹ Danielle Rapoport, *La bien-traitance envers l’enfant, des racines et des ailes*, Paris, Belin, 2006, p. 23.

¹⁰ « Trait », Larousse, 1966, p. 3050 (volume 3).

s'attacher à une « conception pluridimensionnelle de la bien-traitance » ¹¹, voilà ce que faisait le trait d'union : unir. Peut-on parler de simplification ? Quoi qu'il en soit, sa disparition amène irrémédiablement à réfléchir. Cette "nouvelle" bien-traitance est élevée au rang de nouveau concept, une sorte de "culture de la bien-traitance" émerge. Les organismes d'évaluation et de contrôle s'emparent alors de cette notion au passé déjà puissant et la traduisent en terme de critère. Comme nous l'avons esquissé dans l'avertissement de ce travail, la philosophie paraît être le meilleur outil afin de questionner ce mot, sa mutation et par conséquent, tenter de sonder les profondeurs de ce que ceci implique.

En 2008, *l'ANESM, agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, s'empare du thème de la "bien-traitance" afin d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques. Alors investie de la mission de développer une "culture de bien-traitance" dans le secteur médico-social, cette agence d'évaluation publie un guide de bonnes pratiques professionnelles intitulé "La bien-traitance : définition et repères pour la mise en œuvre" ¹². En outre, la *HAS, Haute Autorité de Santé*, met à l'honneur la "promotion de la bien-traitance" dans son manuel de certification 2010 ¹³, alors considérée comme un thème

¹¹ Danielle Rapoport, « Messieurs les présidents, ce livre est une lettre... », in Danielle Rapoport (dir.) *Bien-traitance, un trait d'union à conquérir*, Toulouse, Érès éditions, 2014, p. 13.

¹² ANESM, *La bien-traitance : définition et repères pour la mise en œuvre* [page web], Saint-Denis, juillet 2008, http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf, 15 février 2015.

¹³ HAS, *Manuel de certification des établissements de santé V2010* [page web], Saint-Denis, juin 2009, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217_manuel_v2010_nouvelle_maquette.pdf, 2 mars 2015.

d'impulsion. Dans le dictionnaire ¹⁴, l'impulsion est définie comme une « force qui provoque le mouvement d'un corps » ; au sens figuré, ce sera une « force qui pousse à agir ». Autrement dit, de manière utilitaire, la “bienveillance” s'affilie à la notion de compétence et devient ainsi une nouvelle étape de la gestion managériale de l'évaluation. Dès lors, ce terme historiquement et sémantiquement symbolique, *a priori* associé au domaine du soin, s'impose dans le champ de la politique institutionnelle. Immanquablement, concevoir la “bienveillance” dans une démarche qualité interroge ; assistons-nous à une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles ou à leur régulation ? Au-delà de la signification, sait-on à qui s'adresse ce mot ? Qui sera concerné par la “bienveillance” ? Le suffixe “veillance”, renvoyant au terme “traiter”, c'est-à-dire *cure* et non “soin”, c'est-à-dire *care*, est troublant. N'y aurait-il pas, à travers cet engouement managérial pour l'essor de la “bienveillance”, un risque de « disqualification des agents du *care* » ¹⁵, à savoir les soignants prodiguant ces soins ? Assurément, à l'évocation de ce terme, la première chose venant à l'esprit est le mot “malveillance”. Au travers de cette dimension symétrique, cette résonance émotionnelle, une opposition des valeurs se refléchie et cela amène à une confusion. Or, l'amalgame entre “bienveillance” et “malveillance” peut être une « source de malentendu et *in fine* de souffrance pour les soignants » ¹⁶. En effet, recommander la “bienveillance” peut-il être « perçu comme une accusation, du moins une suspicion, une remise en

¹⁴ « Impulsion », Larousse, 1966, p. 1597 (volume 2).

¹⁵ « Introduction », in Philippe Svandra (dir.), et al., *Faut-il avoir peur de la bienveillance ? Retour sur une notion ambiguë*, Paris, De Boeck Estem, 2013, p. 5.

¹⁶ *Ibid.*

question [des] pratiques »¹⁷ ? De la sorte, cette opposition binaire entre “bienveillance” et “maltraitance” participe d’une véritable difficulté de mise en pratique de ce terme “bienveillance”. Dans ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles, l’ANESM évoque la “bienveillance” comme étant une « notion contextuelle et non figée »¹⁸. Aussi est-il légitime de se demander si nous n’avons pas à faire en réalité à une confusion conceptuelle, détournant de cette manière un terme résolument symbolique en un mot “alibi”, vidé de tout son sens. En d’autres termes, la “bienveillance” s’imprime-t-elle dans une dynamique, fédératrice de valeurs professionnelles communes, ou se traduit-elle en critère d’évaluation, véhiculé par une politique managériale ?

Pour mener à bien ce travail, nous aurons recours à trois méthodes différentes : la première se composera d’une analyse de la littérature, faisant ainsi ressortir les positions critiques existantes ; la seconde sera un travail de suivi de l’évolution du Groupe de Travail « *Éthique et bienveillance* » à l’hôpital Necker-Enfants malades ; la dernière consistera à exploiter les données d’entretiens personnalisés, dans l’intérêt d’appréhender, de manière pratique, le retentissement du terme “bienveillance” et de sa définition.

Dans l’intention d’explorer le champ sémantique du terme “bienveillance”, il sera inéluctable, dans un premier temps, d’envisager la genèse du néologisme “bienveillance”. Lors de cet approfondissement

¹⁷ Marie Garrigue Abgrall, « La bienveillance, du concept à la pratique », in Philippe Svandra (dir.), et al., *Faut-il avoir peur de la bienveillance ? Retour sur une notion ambiguë*, Paris, De Boeck Estem, 2013, p. 8.

¹⁸ ANESM, *La bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre* [page web], Saint-Denis, juillet 2008, http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bienveillance.pdf, 15 février 2015, p.16.

historique, la résonance dans le terme de “maltraitance“ nous permettra de parcourir les différentes formes qu’elle peut emprunter et quels concepts elle met en mouvement. Dans un second temps, le terme “bienveillance“ sera envisagé sous un angle managérial mettant en évidence qu’une notion non figée arborant ainsi de multiples définitions en fonction des contextes, est un réel facteur de fragilité des soignants. De cette manière, un dernier temps sera consacré au soin, appréhendé comme un enjeu d’humanité, mettant en lumière la nécessité d’une éthique de la responsabilité et ce, dans le but d’un *juste soin*.

I. Bientraitance : genèse d'un néologisme

« Bien-traitance, un trait d'union à conquérir »¹⁹ : ce titre nous permet d'emblée de mesurer l'importance de ce trait d'union, présent dès l'émergence de ce nouveau mot "bien-traitance". Il se révélera être, initialement, le garant d'une quête, celle du sens.

Un sens à retrouver face au constat de la maltraitance. Cette prévention de cette dernière sera ainsi accompagnée d'une promotion de la bientraitance, conçue dans une dimension de mémoire du risque.

Un risque qui se fera l'écho radical de maltraitements multiples.

¹⁹ Danielle Rapoport, et al., *Bien-traitance, un trait d'union à conquérir*, Toulouse, Érès éditions, 2014.

A. Bien-traitance...bientraitance : un trait d'union garant de sens.

1. Le sens d'une quête

Ce terme, "bien-traitance" émergea au sein d'un Comité de pilotage singulier, l'*Opération Pouponnières*. Sa particularité tient à la longévité exceptionnelle de la mission ; effectivement, lancée en septembre 1978, elle se pérennise jusqu'en juin 2004²⁰. Cette mission atypique s'initie en 1977 : Simone Veil, alors Ministre de la Santé, fut alertée par une "recherche-action" effectuée par Janine Lévy et Danielle Rapoport dans une pouponnière extrêmement déficiente de l'Aide sociale à l'enfance, Saint-Vincent-de-Paul à Paris entre 1972 et 1977²¹. Présentée sous la forme d'un film percutant, *Enfants en pouponnière demandent assistance*²², Simone Veil, alertée, lance cette *Opération pouponnières* dès l'année suivante. Les maltraitances dont les enfants, retirés à leurs parents sont les proies, dans des lieux censés les accueillir et les protéger, n'étaient ni véritablement connues, ni reconnues. Ces vingt-cinq années durant lesquelles ce comité de pilotage ministériel a besoin

²⁰ Danielle Rapoport, « La bien-traitance, définition et enjeux », *Soins pédiatrie puériculture*, vol. 32, n°262 (sept.oct. 2011), p. 16-18.

²¹ Danielle Rapoport, *La bien-traitance envers l'enfant, des racines et des ailes*, Paris, Belin, 2006, p. 19.

²² RAPOPORT Danielle, LÉVY Janine, *Enfants en pouponnière demandent assistance*, Documentaire, Service du film de recherches scientifiques (SFRS-Vanves), 45 min., http://www.canal-tv/video/cerimes/enfants_en_pouponnieres_demandent_assistance.10275, 8 mars 2015.

de se réunir, démontrent à quel point il est alors difficile de ne pas céder au découragement face à la complexité des différents contextes de maltraitances, enracinées dans la société. Simone Veil chargera Danielle Rapoport et Janine Lévy du lancement de cette opération si ambitieuse, mise sous la tutelle du Ministère chargé de l'Emploi et de la Solidarité puis des Affaires Sociales et de la Direction générale de l'Action sociale²³. Dans ce contexte complexe et désarmant, le mot "bien-traitance" éclot dans le discours de Marie-Jeanne Reichen, coordinatrice de l'exécution de cette audacieuse mission au sein du Bureau chargé de l'Enfance et de la Famille. Ce nouveau terme "bien-traitance" était alors « porteur d'espérance, [...] susceptible de relier entre eux des courants pluridisciplinaires particulièrement dispersés, de redynamiser des énergies en perte d'élan »²⁴. En filigrane de cette mission et de cette nouvelle notion, se trouve le dessein d'humaniser le secteur hospitalier de la petite enfance. Au début des années soixante-dix, le « Printemps des crèches » est une révolution des pratiques professionnelles : l'ambition de délivrer l'enfant, c'est-à-dire faire de lui un sujet de droit²⁵, en droit d'être respecté et considéré, s'entremêlera à la transformation des « manières de dire et de faire »²⁶ des professionnels. Par conséquent, une façon différente d'être avec et envers l'autre est proclamée. Cette lutte acharnée contre la maltraitance des enfants se développe alors à travers un regard différent, plus positif, celui de la "bien-traitance" brandie comme une sorte d'étendard. Dans ce combat, conserver le

²³ Danielle Rapoport, « La bien-traitance, définition et enjeux », *Soins pédiatrie puériculture*, vol. 32, n°262 (sept.oct. 2011), p. 16-18.

²⁴ Danielle Rapoport, *La bien-traitance envers l'enfant, des racines et des ailes*, Paris, Belin, 2006, p. 17.

²⁵ Danielle Rapoport, *op. cit.*, p. 26.

²⁶ Rapoport Danielle, « Éditorial », *Contraste* 1/2009 (N° 30), p. 7-14.

trait d'union originel, est, pour les porteurs de cette cause, une manière de protéger « la dynamique vitalisante et le nouveau souffle dont ce signe [...] est le symbole »²⁷. La “bien-traitance“ s'avère être une quête éminemment pénible. Danielle Rapoport met en perspective cette complexité avec la pensée de la complexité définie par Edgard Morin : « si la complexité est non pas la clé, mais le défi à affronter, la pensée complexe est non pas ce qui évite ou supprime le défi, mais ce qui aide à le relever, et parfois même à le surmonter »²⁸.

Or, à la fin des années quatre-vingt, le Comité de pilotage se heurt au mal-être des professionnels faisant état du syndrome de *burn out*, autrement dit d'un épuisement professionnel²⁹. Face à cette réalité, le Comité de pilotage élargit son action à la “bien-traitance institutionnelle“.

2. La Bien-traitance institutionnelle

Le film *Enfants en pouponnière demandent assistance* de Janine Lévy et Danielle Rapoport s'avérera être en quelque sorte l'amorce d'une double intention. La première consistera à dénoncer « dans la France des années soixante-dix, les violences et les carences éducatives et affectives, quasi

²⁷ Danielle Rapoport, *La bien-traitance envers l'enfant, des racines et des ailes*, Paris, Belin, 2006, p. 25.

²⁸ Edgard Morin, *Introduction à la pensée complexe*, Paris, ESF éd., 1990, p. 13.

²⁹ *La bien-traitance envers l'enfant, des racines et des ailes*, op. cit., p. 20.

institutionnalisées, faites aux enfants »³⁰. Autrement dit, la première assertion sera de mettre en lumière les conditions plus qu'affligeantes dans lesquelles tentent d'évoluer les enfants. Néanmoins, la souffrance de ces enfants n'est pas la seule à être dénoncée ; effectivement, en 1998, l'*Opération pouponnières* est élargie à la bien-traitance institutionnelle. Désormais, il ne s'agit plus seulement de faire connaître les situations de maltraitance concernant les enfants mais d' « énoncer les souffrances mêmes des personnels impliqués »³¹. Cette approche pionnière sera dès lors inscrite comme étant un point essentiel au sein de l'ouvrage du Comité de pilotage ministériel³². De telle manière, cette nouvelle attribution amène à envisager la situation dans sa globalité : à savoir, prendre en compte la souffrance des enfants mais également celle de leurs parents, et apprendre à reconnaître la réalité de la souffrance des professionnels. Dans un contexte de violence et de dénonciation, cette souffrance des professionnelles aux multiples facettes est qualifiée positivement. Il n'est pas question d'envisager une mesure de ces souffrances par une « évaluation des risques et des incapacités »³³, mais justement de « faire émerger [...] les ressources et les compétences parfois enfouies des professionnels »³⁴. Faisant le lien avec l'étude sémantique du mot « bien-traitance », ce trait d'union étrange, qui interroge, n'est pas seulement une manière de marquer allégoriquement le développement harmonieux souhaité

³⁰ Danielle Rapoport, « Dénoncer, énoncer, annoncer, renoncer ? », in Georges Arbutz (dir.) *La bien-traitance au soir de la vie, avancer en âge*, Paris, Belin, 2009, p.9.

³¹ *Ibid.*

³² Comité de pilotage de « L'opération pouponnières », *L'enfant en pouponnière et ses parents. Conditions et propositions pour une étape constructive*, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, La Documentation Française, 1997.

³³ Danielle Rapoport, *La bien-traitance envers l'enfant, des racines et des ailes*, Paris, Belin, 2006, p. 20.

³⁴ *Ibid.*, p. 21.

pour chaque enfant mais aussi une façon de « reli[er] entre eux tous ceux qui y prenaient part »³⁵. Effectivement, ce simple tiret n'est pas seulement une typographie particulière marquant l'émergence d'un terme, c'est avant tout une manière imagée d'évoquer ce lien incontestablement présent entre chacun. Le Comité de pilotage insistera sur le fait qu'il est important que les professionnels communiquent entre eux et prennent la mesure des actes qu'ils engagent dans leur profession, autant auprès des enfants que de leurs parents. À travers ces principes, nous pouvons discerner l'importance d'une approche pluridisciplinaire. Progressivement, « l'approche bien-traitante de la maltraitance elle-même est devenue [...] incontournable »³⁶.

3. Une valeur ajoutée

Nous l'avons dit, ce trait d'union est un symbole. Symbole du lien existant entre chacune des personnes qui participent et portent le projet d'une "bien-traitance". Cette dernière devient une valeur qui fédère, « pluridisciplinaire » et « dynamisante »³⁷. Une nouvelle notion fédératrice grâce à ce trait d'union qui sera en quelque sorte une garantie afin « qu'il n'y a[it] pas de professionnels bien-traitants dans la solitude et l'isolement, ni sans

³⁵ *Ibid*², p. 22.

³⁶ *Ibid*³, p. 23.

³⁷ Danielle Rapoport, « Dénoncer, énoncer, annoncer, renoncer ? », in Georges Arbusz (dir.) *La bien-traitance au soir de la vie, avancer en âge*, Paris, Belin, 2009, p.10.

qu'ils soient bien-traités eux-mêmes »³⁸. Au travers de cette proposition, nous comprenons que le professionnel ne doit plus être conçu comme étant un individu isolé avec ses propres représentations, sa subjectivité, mais comme étant en interaction constante avec un groupe. « Pas d'agencement machinique qui ne soit agencement social, pas d'agencement social qui ne soit agencement collectif d'énonciation »³⁹. Cet agencement est précisément à concevoir comme une construction plurielle, pluridimensionnelle dans laquelle la personne, ici le professionnel, sera dans une forme d'interdépendance avec les autres, c'est-à-dire enfants, parents et collègues. Ainsi, étant une notion composite, la "bien-traitance" va être délicate à appréhender. Nous insistons sur le caractère essentiel et indispensable de ce trait d'union afin de penser la "bien-traitance" comme cette « *valeur ajoutée*, destinée à devenir une *valeur intégrée*, et partie intégrante de la professionnalisation des soins »⁴⁰.

« Au cœur du projet de bien-traitance se trouvent inscrits simultanément la clairvoyance et le refus du renoncement, la force émotionnelle de porter le regard sur des réalités parfois insoutenables et la conviction profonde que ces réalités ne sont pas insurmontables »⁴¹.

Concevoir la "bien-traitance" comme valeur ajoutée, ce n'est donc pas considérer cette bien-traitance comme une simple opposition à la maltraitance, mais plutôt comme une sorte de "coéquipier", un "partenaire".

³⁸ *Ibid.*, p. 10.

³⁹ Gilles Deleuze, Félix Guattari, *Kafka, pour une littérature mineure*, Paris, Minuit, 1975, p. 147.

⁴⁰ Bernard Golse, « Préface », in Danielle Rapoport, *La bien-traitance envers l'enfant, des racines et des ailes*, Paris, Belin, 2006, p. 9.

⁴¹ Alice Casagrande, *Ce que la maltraitance nous enseigne. Difficile bien-traitance*, Paris, Dunod, 2012, p. 172.

B. Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance : la mémoire du risque

1. La quête du sens

Érigeant la bien-traitance en *valeur intégrée*, les pionniers de cette jeune notion revendiquent que la maltraitance ne doit pas être considérée comme le simple négatif de la bien-traitance. À la lueur de l'an 2000, cette nouvelle expression, dorénavant orthographiée "bientraitance", est « comme une seule entité, impliqu[ant] *quelque chose de plus*, comme une *plus-value* »⁴². Ce néologisme prend son essor et ne s'adresse plus seulement aux professionnels de la petite enfance. En septembre 2001, les « Premières Assises de l'enfance bientraitée » ont lieu ; en 2003, la thématique « Enfants, parents et bientraitance » est mise à l'honneur pour les Troisièmes rencontres familles ; enfin, peu de temps après, la Conférence des ministres européens responsables de l'enfance s'intitule « Prévenir la maltraitance, promouvoir la

⁴² Danielle Rapoport, *La bien-traitance envers l'enfant, des racines et des ailes*, Paris, Belin, 2006, p. 24.

bientraitance : une ambition européenne ». Les états non francophones participant souscrivent à ce « terme novateur pourtant intraduisible »⁴³. Effectivement, nous constatons que ce nouveau terme « a pris son envol, mais les ailes qu'il déploie sont encore fragiles »⁴⁴, il perd son symbole en vol, son trait d'union. N'est-ce pas alors une menace de le voir dépouillé de son sens en lui amputant la réflexion dont il était porteur ? Cette promotion de la bientraitance s'initiera donc dans un cheminement en résonnance avec la maltraitance. Encourager la bientraitance sera pour ainsi dire conserver une « mémoire du risque : [la bientraitance] ne se résume pas à une démarche positive mais garde en elle la dimension de la vigilance »⁴⁵. La mémoire des pratiques antérieures permettrait de poursuivre et renforcer la lutte contre la maltraitance. En se reportant à l'annexe 6 de ce travail, nous retrouvons cette dimension de « mémoire du risque » : concevoir la bientraitance seule, arriver « à un moment entièrement solaire »⁴⁶ ne serait pas en phase avec la réalité contextuelle de la maltraitance dont la présence est sourde. Durant l'entretien que nous avons mené, à la question de savoir ce qu'évoque, de manière instinctive, ce terme, les deux mots clés, accentués par cette philosophe devenue formatrice furent « mémoire de l'ombre » et « vigilance ». Par conséquent, la bientraitance ne se résume pas à la maltraitance mais se pense et s'accomplit dans les traces de la maltraitance. Effectivement, poursuivant son raisonnement, poser le mot « maltraitance » suppose un constat : nous

⁴³ *Ibid.*, p. 24.

⁴⁴ *Ibid.*², p. 25.

⁴⁵ Alice Casagrande, « Quelques fondamentaux pour cerner le concept de bientraitance », [article de revue], *Revue de l'infirmière*, vol.58, n°155 (nov. 2009), pp. 16-18.

⁴⁶ Se reporter à l'annexe 6, p. 2.

constatons la situation de maltraitance existante à ce temps précis. “Maltraitance“ est un mot outil pour nommer et « dire fait parti des étapes du franchissement du problème, mais ça ne saurait jamais suffire »⁴⁷. Le besoin d’aller au delà était nécessaire face aux professionnels, il fallait « un mot à poser pour apaiser »⁴⁸. Apaiser, calmer, adoucir les maux des professionnels fragilisés, constamment confrontés à la vulnérabilité des autres. Promouvoir la bientraitance auprès des professionnels est alors une manière de les aider à rechercher le sens intrinsèque au métier de soignant, affaibli par la prégnance de la maltraitance. Et précisément, cet apaisement, cette attitude rassérénante, « nécessite une formation continue des soignants [...], un soutien constant »⁴⁹.

2. Développer la bientraitance : un pas vers l’évaluation

En 2007, un plan d’action ministérielle et une instruction de la Direction générale de l’Action sociale sont lancés afin de décrire une nouvelle politique de lutte contre la maltraitance et de développement de la bientraitance. La création d’une « véritable agence de la bientraitance » est

⁴⁷ Annexe 6, p. 1.

⁴⁸ Annexe 6, p. 1.

⁴⁹ Danielle Rapoport, « La bien-traitance, définition et enjeux », *Soins pédiatrie puériculture*, vol. 32, n°262 (sept.oct. 2011), p. 16-18.

annoncée ⁵⁰. Face à de multiples contraintes, un questionnement des pratiques quotidiennes est nécessaire. Dans cette volonté d'accompagnement et de formation continue des professionnels, l'ANESM (*agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux*) élaborera des recommandations de bonnes pratiques professionnelles en juin 2008 ⁵¹. À travers ces recommandations, nous assistons aux prémises d'une politisation de la "bientraitance". L'ANESM sera chargée d'accompagner les établissements et services dans la mise en œuvre de leur évaluation interne. La priorité donnée à l'évaluation interne des établissements sera instituée par la loi du 2 janvier 2002 ⁵² : cette loi de 2002 aboutira à la rénovation de l'action sociale et précisera la fonction des schémas régionaux d'organisation sociale et médico-sociale ; de cette manière, l'auto-évaluation des établissements devient obligatoire et doit être notifiée tous les cinq ans⁵³. Cette démarche évaluative est pour les établissements une « opportunité pour réaliser un bilan de la politique maltraitance/bientraitance et initier des plans d'action et d'accompagnement des professionnels » ⁵⁴. Dans sa promotion, la bientraitance devient un terme de gestion, administratif, posé à côté de la maltraitance. En effet, il est dit dans le guide des bonnes pratiques

⁵⁰ Jean-Christophe Weber, « Douleur, éthique et "bientraitance" », in Philippe Svandra (dir.), et al., *Faut-il avoir peur de la bientraitance ? Retour sur une notion ambiguë*, Paris, De Boeck Estem, 2013, p. 24.

⁵¹ ANESM, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* [page web], Saint-Denis, juillet 2008, http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf.

⁵² Bruno Laprie, Brice Miñana, *Engager une politique de bientraitance*, Issy-les-Moulineaux, ESF éditeur, 2010, p. 20.

⁵³ Légifrance, Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [site officiel en ligne], <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460>, 10 avril 2015.

⁵⁴ Bruno Laprie, Brice Miñana, *Engager une politique de bientraitance*, Issy-les-Moulineaux, ESF éditeur, 2010, p. 20.

professionnelles de l'ANESM que le « choix du thème de la bientraitance a ou en outre relevé de la volonté d'aborder les pratiques professionnelles sous un angle positif »⁵⁵. De plus, ces recommandations de bonnes pratiques insistent sur le fait que la « bientraitance ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance. Elle n'est ni le contraire logique, ni le contraire pragmatique de la maltraitance »⁵⁶. Cette lignée entre le terme de maltraitance et celui de bientraitance est conçu comme étant la garantie que les professionnels gardent en mémoire ce risque toujours présent de la maltraitance.

3. Une « culture de la bientraitance » : mémoire du risque et management

La bientraitance est donc décrite par l'ANESM comme étant « à la fois démarche positive et mémoire du risque »⁵⁷. Allant plus loin dans ce guide des bonnes pratiques professionnelles, la bientraitance est définie comme « 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

⁵⁵ ANESM, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* [page web], Saint-Denis, juillet 2008, http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf, p. 3.

⁵⁶ *Ibid.*, p. 16.

⁵⁷ ANESM, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* [page web], Saint-Denis, juillet 2008, http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf, p. 13.

l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance »⁵⁸. Ces recommandations faites pour une mise en œuvre de la bientraitance reposent sur une manière d'être et de faire des professionnels. En effet, « née dans une culture partagée, la posture professionnelle de bientraitance est une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus »⁵⁹. Par conséquent, cette culture partagée implique que les professionnels soient « reconnus, soutenus et accompagnés dans le sens qu'ils donnent à leurs actes »⁶⁰. Précisément, cette « culture de la bientraitance » repose sur un travail d'accompagnement de la part des équipes de direction. Adopter une démarche de bientraitance, c'est aussi avoir un management adapté, une gestion permettant aux professionnels d'être en capacité d'être, d'agir et de dire de manière bientraitante. Pour permettre l'exécution de cette culture bientraitante et partagée, l'ANESM accentue la nécessité d'un « cadre institutionnel stable ». Celui-ci s'accomplit au travers de quatre recommandations : « veiller à la connaissance et au respect du droit au sein de la structure » ; « effectuer un rappel à la règle si nécessaire, sans glisser dans l'excès de rigidité institutionnelle » ; « intervenir en cas de violence pour contenir la personne qui l'exerce envers les autres » ; « interroger les passages à l'acte violents à la lumière de la vie de l'institution et du parcours de l'utilisateur »⁶¹. Le cadre institutionnel doit être clair et adapté afin que les professionnels se sentent soutenus dans leur démarche de bientraitance. Cela se distingue très largement au sein des entretiens effectués auprès des

⁵⁸ *Ibid.*, p. 14.

⁵⁹ *Ibid.*², p. 15.

⁶⁰ *Ibid.*³, p. 15.

⁶¹ *Ibid.*⁴, pp. 26-27.

professionnels. En effet, cinq personnes sur six insistent sur le fait qu'une formation adaptée et un bon encadrement des professionnels sont indispensables⁶² ; néanmoins il faut préciser que ces cinq personnes ont une responsabilité managériale. Cela nous amène donc inévitablement à la question qui consisterait à opposer la théorie et la pratique.

C. La résonance des maltraitements

1. La maltraitance

En 1860, Ambroise Tardieu [1818-1879], médecin légiste français, érige la maltraitance au rang d'objet de médecine. En effet, il définira et délimitera les sévices et mauvais traitements, ouvrant alors la médecine à un nouveau champ de connaissances et d'action⁶³. Il mettra au point une classification à partir des observations qu'il fera : d'un côté le *modus operandi*, c'est-à-dire les différentes façons de maltraiter, et d'un autre l'*opus operatum*, autrement dit les constatations sur les enfants maltraités ou leurs cadavres⁶⁴. Il oppose ainsi les sévices actifs et les délaissements. Une reconnaissance de

⁶² Se reporter aux annexes 1, 2, 3, 5, 6.

⁶³ Jacques Arveiller, « Le syndrome de Tardieu. Maltraitance des enfants, médecine légale et psychiatrie au XIXe siècle », *L'évolution psychiatrique*, vol. 76 (2011), pp. 219-243.

⁶⁴ *Ibid.*

cette classification s'établit, grâce à Tardieu, la mal est désormais un objet légitime de la médecine légale ⁶⁵. Avant les années quatre-vingt-dix, le terme de maltraitance, déjà usé par les médias, n'est alors qu'un néologisme. Il trouvera sa place dans les dictionnaires entre 1992 et 1994 ⁶⁶. En quoi consiste cette maltraitance contemporaine, de quoi parlons-nous ? Il est assez déconcertant de constater que le terme de maltraitance ne figure pas en tant que tel dans le Code Pénal ⁶⁷. Par conséquent, pour évoquer la maltraitance, les textes officiels se réfèrent à la définition qu'en a donné le Conseil de l'Europe en 1987 :

« Tout acte, ou omission, qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien-être général d'une personne vulnérable, y compris les relations sexuelles ou les opérations financières auxquelles elle ne consent ou ne peut consentir valablement, ou qui visent délibérément à l'exploiter » ⁶⁸.

En 1992, le Conseil de l'Europe crée une classification, en distinguant sept formes de maltraitance : maltraitance physique ; maltraitance psychique ou morale ; maltraitance médicale ou médicamenteuse ; maltraitance matérielle ou financière ; négligences actives ; négligences passives ; privation des droits. Après cette énumération des différentes formes de maltraitance existantes, nous pouvons poser un constat : les phénomènes de maltraitance ont des degrés de gravité très variables. D'autre part, il faut également relever le caractère contextuel des maltraitements. En effet, une part de subjectivité est à l'œuvre

⁶⁵ *Ibid*².

⁶⁶ Danielle Rapoport, *La bien-traitance envers l'enfant, des racines et des ailes*, Paris, Belin, 2006, p. 21.

⁶⁷ Prises de notes durant le *Colloque pour des propositions effectives contre la maltraitance à l'enfance*, La Sorbonne, 30 septembre 2014.

⁶⁸ Sénat, Un site au service des citoyens [site officiel en ligne], <http://www.senat.fr/rap/r02-339-1/r02-339-12.html>, 17 avril 2015.

dans la qualification d'un acte maltraitant ou non ; et précisément, cette subjectivité dépend d'un contexte diachronique. Autrement dit, un acte ne sera pas considéré comme maltraitant à une certaine période, mais le sera durant une autre. Dans *Ce que la maltraitance nous enseigne. Difficile bientraitance*, Alice Casagrande atteste que la maltraitance survient « dans un contexte de dissymétrie entre professionnels et personnes vulnérables » ⁶⁹ .

Conséquemment, elle définit cette maltraitance comme étant une violence exercée sur une personne vulnérable et dépendante de la personne qui la violente, en tant que cette dernière sera plus autonome et forte. Autrement dit, une situation de maltraitance s'accomplirait dans un excès de pouvoir d'une personne sur une autre. « Devoir subir une violence de la part de ceux mêmes sans qui l'existence ordinaire ne peut suivre son cours ni les besoins élémentaires être satisfaits : voilà la situation de la personne victime de maltraitance » ⁷⁰ . La vulnérabilité semble alors être un facteur favorisant le développement d'un contexte de violence. Assurément nous pouvons faire le lien avec les premiers lieux dans lesquels une lutte contre la maltraitance a été engagée : à savoir les lieux d'accueil des enfants puis les établissements hébergeant des personnes âgées, c'est-à-dire des lieux où "siégeait" en quelque sorte la vulnérabilité comme critère commun. En France, la loi protège ces personnes vulnérables telles que les enfants, les personnes âgées ou encore celles atteintes de déficiences physiques ou mentales. Cette protection de la

⁶⁹ Alice Casagrande, *Ce que la maltraitance nous enseigne. Difficile bientraitance*, Paris, Dunod, 2012, p. 5.

⁷⁰ *Ibid.*, p. 6.

vulnérabilité est à la fois assurée sur le plan du droit civil et sur le plan pénal⁷¹. En effet, la vulnérabilité est érigée en principe juridique en devenant une circonstance aggravante des peines encourues par l'auteur des faits, le Code pénal français considère la vulnérabilité dans les contextes d'âge, de maladie, d'infirmité, de déficience physique ou psychique, d'un état de grossesse⁷². Cette lutte incessante contre la maltraitance a permis, en faisant la description de ces lieux d'"accueil", de mettre en lumière les carences des institutions.

2. La maltraitance institutionnelle

Après avoir reconnu les formes de maltraitance directement exercées sur les enfants, l'attention s'est portée sur des violences exercées par les institutions, initialement dédiées à les accueillir et les soigner. En effet, il arrive que les intérêts individuels et les contraintes collectives se heurtent, provoquant ainsi de la violence. Une violence, pourtant bien présente, soulève moins l'intérêt : la maltraitance institutionnelle. Cette dernière sera une forme de violence indirecte exercée sur la personne vulnérable par l'ensemble du système l'accueillant⁷³. Cette notion de violence institutionnelle a été présentée en 1982 par Stanislaw Tomkiewicz au *4^e Congrès international des enfants*

⁷¹ Myriam Quémener, « La loi et les personnes vulnérables », *adsp*, n° 31 (juin 2000), pp. 22-25.

⁷² Bruno Laprie, Brice Miñana, *Engager une politique de bienveillance*, Issy-les-Moulineaux, ESF éditeur, 2010, p. 25.

⁷³ Marceline Gabel, « Le difficile partenariat des professionnels. Une maltraitance institutionnelle indirecte », in Marceline Gabel, Frédéric Jésus, Michel Manciaux (sous la direction de.), *Maltraitements institutionnelles*, Paris, Fleurus, 1998, p. 46.

maltraités et négligés ⁷⁴. À l'occasion de cette rencontre, il définira la violence institutionnelle comme :

« Toute action commise dans ou par une institution, ou toute absence d'action qui cause à l'enfant une souffrance physique ou psychologique inutile et/ou qui entrave son évolution ultérieure » ⁷⁵.

Éliane Corbet élargira cette définition en y ajoutant « tout ce qui donne prééminence aux intérêts de l'institution sur les intérêts de l'enfant » ⁷⁶. Ainsi nous constatons que la maltraitance institutionnelle serait l'absence de bien-être de la personne accueillie dans l'établissement. Les violences exercées sur les personnes vulnérables ont un impact direct reconnu sur les professionnels : on décrit des mouvements émotionnels tels que l'angoisse, la peur, des sources de déni, la dépression, l'impuissance, la toute-puissance ⁷⁷. «Dire“ pour dépasser, affronter : mais le langage créé parfois de la confusion. En effet, « l'usage inconsidéré de certains termes introduit une série d'incompréhensions, de glissements de sens entre les professionnels eux-mêmes et entre eux et les familles »⁷⁸. La maltraitance devient revendiquée par les professionnels, Marceline Gabel abonde dans ce sens en affirmant que le « flou dans les définitions indiquent sans doute, plus qu'il n'y paraît, une véritable aspiration à la confusion des rôles. Les mots utilisés ou empruntés n'auraient-ils pas, parfois, la fonction d'exclure l'autre ? » ⁷⁹ . Les professionnels revendiquent une sorte de droit à la reconnaissance de leur

⁷⁴ Michèle Créoff, « Les maltraitements institutionnels », *adsp*, n°31 (juin 2000), pp. 52-56.

⁷⁵ *Ibid.*, pp. 52-56.

⁷⁶ *Ibid.*², pp. 52-56.

⁷⁷ Marceline Gabel, « Le difficile partenariat des professionnels. Une maltraitance institutionnelle indirecte », in Marceline Gabel, Frédéric Jésus, Michel Manciaux (sous la direction de.), *Maltraitements institutionnels*, Paris, Fleurus, 1998, p. 51.

⁷⁸ *Ibid.*, p. 56.

⁷⁹ *Ibid.*, p. 57.

souffrance, un « droit à la maltraitance »⁸⁰. Cependant une reconnaissance des conditions difficiles pour les professionnels, dont les facteurs sont nombreux, de confrontation à la violence, est-elle une raison suffisante pour appuyer cette demande ?

Face aux violentes apparentes, *en relief*, s'opposent des violences plus sourdes, invisibles et quotidiennes, *en creux*⁸¹ : la notion de maltraitance ordinaire fait son apparition.

3. La maltraitance ordinaire

À l'heure de la démocratie sanitaire, le droit des usagers est érigé au rang de valeur ultime. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé⁸² change les pratiques des professionnels et leurs relations avec les usagers. Les droits de ceux-ci et leur participation au système de santé sont accrus mais malgré les progrès, des plaintes d'usagers témoignent d' « attentes interminables et inexplicables, d'entraves et de contraintes qui paraissent absurdes, d'un manque d'écoute, de considération,

⁸⁰ Alice Casagrande, *Ce que la maltraitance nous enseigne. Difficile bientraitance*, Paris, Dunod, 2012, p. 8.

⁸¹ Bruno Laprie, Brice Miñana, *Engager une politique de bientraitance*, Issy-les-Moulineaux, ESF éditeur, 2010, p. 37.

⁸² Légifrance, Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [site officiel en ligne], <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>, 17 avril 2015.

d'information »⁸³. Le terme de maltraitance ordinaire apparaît. Il renferme ces violences *en creux*, c'est-à-dire insidieuses, qui se font sentir quotidiennement. En 2009, le rapport Ghadi et Compagnon attestera de cette maltraitance ordinaire comme étant « le risque le plus important de maltraitance [qui] réside dans sa banalisation, son « invisibilité » et donc son acceptation passive »⁸⁴. Le rapport Ghadi-Compagnon relèvera deux formes de cette maltraitance ordinaire : la première est liée au comportement des professionnels ; quant à la deuxième, elle sera en lien avec l'organisation de l'établissement de santé. La recherche de cette forme de maltraitance pernicieuse se fera l'escorte de la démarche de promotion de la « bienveillance ». En effet, ce rapport, pointant la maltraitance ordinaire, sera un travail préalable à l'élaboration de la certification V 2010 faite par la HAS, *Haute autorité de Santé*⁸⁵, pour qui la « bienveillance » devient une thématique essentielle, mise à l'honneur pour la certification des établissements de santé. La démarche de « bienveillance » s'inscrit désormais dans une démarche d'amélioration des pratiques.

Dans cette expression « banalisée », la maltraitance ordinaire devient-elle une euphémisation de la réalité des actes de maltraitance ?

⁸³ HAS santé, « La maltraitance ordinaire dans les établissements de santé » [site officiel], http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf, 17 avril 2015.

⁸⁴ *Ibid.*, p. 2.

⁸⁵ *Ibid.*, p. 9.

II. Bientraitance : un terme aux définitions multiples

Dans son essor, la “bien-traitance“ originelle perd son trait d’union et devient un terme dont s’accaparent les organismes d’évaluation. Entrant dans le domaine du management, le terme de “bientraitance“ devient une amélioration continue de la qualité.

Un questionnement émerge, l’évaluation ne devient-elle pas une tentative de régulation des comportements ? Cette “nouvelle“ bientraitance sera conçue dans sa dimension performative.

L’alternative du *care* sera-t-elle à envisager ?

A. La bientraitance comme amélioration continue de la qualité

1. Évolution et évaluation des pratiques : améliorer la qualité

Sortir de la maltraitance ordinaire, banalisée, et promouvoir la bientraitance : cette thématique de la bientraitance s'inscrit aujourd'hui dans une démarche d'amélioration de la qualité proposée aux usagers. Reprenons le titre de l'article de Jean-Michel Longneaux, « On ne naît pas bien traitant, mais on peut le devenir »⁸⁶ qui est assez évocateur quant à la logique de la démarche qualité dans un établissement de santé. Mais qu'est-ce que ce terme de management recouvre ? Le concept du contrôle qualité émerge dans le contexte du taylorisme, fin du XIXe siècle et début du XXe siècle. Dans la recherche du rendement maximum, une organisation scientifique du travail est mise en place. À cette occasion un service indépendant de contrôle est créé afin d'évaluer la conformité des produits fabriqués⁸⁷. À la suite de la seconde guerre mondiale, l'économie est ruinée, des experts de la gestion entrepreneuriale et du contrôle qualité sont alors mandatés. Deming sera l'un des leurs et prouvera que la qualité dépend de « l'implication de tous les

⁸⁶ Jean-Michel Longneaux, « On ne naît pas bien traitant, mais on peut le devenir », *Gérontologie et société*, n°133 (février 2010), pp. 33-41.

⁸⁷ Fabien Martinez, « Les principes généraux de la qualité », *adsp*, n°35 (juin 2001), pp. 18-28.

acteurs de l'entreprise »⁸⁸. Aujourd'hui la *Roue de Deming* est la représentation des étapes nécessaires pour une amélioration de la qualité dans les organisations. P-D-C-A sont les mots d'ordre de cette amélioration de la qualité : préparer, réaliser, contrôler, agir ⁸⁹. Dans les années quatre-vingt, les pays industrialisés rédigeront des normes internationales pour l'assurance de la qualité dans l'*International organisation for standardization* (ISO). Ces normes ISO sont des cadres référents qui énoncent des règles à respecter afin de mettre en place une démarche qualité ⁹⁰. En 1982, l'OMS, *Organisation Mondiale de la Santé*, définira l'évaluation de la qualité comme :

« Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » ⁹¹.

La qualité des soins possède donc deux dimensions, à savoir une dimension technique et une dimension "relationnelle". Autrement dit, outre les aspects structurels et d'effectifs, la bientraitance passe par la communication entre dirigeants et équipes soignantes afin de « fédérer, valoriser et développer les cultures de la qualité » ⁹². L'évaluation de la qualité des soins est un enjeu

⁸⁸ *Ibid.*

⁸⁹ Réseau qualité en recherche (cnrs), Le cycle PDCA ou roue de Deming [page web], janvier 2009, <http://qualite-en-recherche.cnrs.fr/spip.php?article5>, 28 avril 2015.

⁹⁰ Fabien Martinez, « Les principes généraux de la qualité », *adsp*, n°35 (juin 2001), pp. 18-28.

⁹¹ Santé publique, Qualité des soins : définition [page web], avril 2013, <http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/>, 28 avril 2015.

⁹² Françoise Ertel, Fabienne Monsoreau, *et al.*, « Le management au cœur de la culture bientraitance », *Revue de l'infirmière*, n°155 (2009), pp. 22-24.

majeur des structures hospitalières ; de cette manière, la démarche qualité nous est présentée comme une garantie forte de la promotion de la bientraitance.

2. La certification : un outil de démocratie sanitaire

Une évaluation externe des établissements de santé est effectuée en complément de l'évaluation interne des pratiques professionnelles. Celle-ci est décrite dans le cahier des charges défini par le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007⁹³. Cette procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé, portant sur son fonctionnement et ses pratiques, est une accréditation. L'accréditation a été promulguée par une ordonnance [n°96-346 du 24 avril 1996] et fut précisée dans un décret [n°97-311 du 7 avril 1997]⁹⁴. S'assurer d'une démarche d'amélioration continue et de sécurité des soins donnés aux patients représente l'objectif de cette évaluation externe. L'ANAES, *Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé*, opérant au sein de la HAS est chargée de mettre en œuvre l'évaluation de la démarche qualité des établissements. Pour résumer, la démarche d'accréditation adopte une « approche transversale du processus de prise en charge du patient en ciblant l'ensemble du fonctionnement de l'hôpital »⁹⁵. Effectivement, dans le guide du *déploiement de la bientraitance* du groupe FORAP-HAS, la bientraitance

⁹³ Bruno Laprie, Brice Miñana, *Engager une politique de bientraitance*, Issy-les-Moulineaux, ESF éditeur, 2010, p. 21.

⁹⁴ Yves Matillon, « L'accréditation en France », *adsp.*, n° 35 (juin 2001), pp. 44-55.

⁹⁵ Roland Sambuc, « Une nouvelle culture de la qualité », *adsp.*, n°35 (juin 2001), p. 1.

est définie comme un « facteur favorable au développement de la démocratie sanitaire »⁹⁶ contribuant ainsi la reconnaissance des droits des patients. La promotion de la bientraitance s'inscrit donc dans le cadre d'un accompagnement des usagers, au plus près de leurs besoins et de leurs attentes. Ce groupe de travail FORAP-HAS a pour objectif de donner une définition commune de la notion de bientraitance. La définition retenue sera la suivante :

« Une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'utilisateur et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'utilisateur, son écoute et ses besoins, tout en prévenant la maltraitance »⁹⁷.

De plus, concernant *l'évaluation de la promotion de la bientraitance*, la HAS rappelle aux établissements de santé que « le manuel de certification V2010 [...] est une dimension essentielle de la qualité et une priorité de la certification depuis sa création »⁹⁸. Autrement dit, la bientraitance devient un critère référentiel de certification des établissements de santé. Mais que pensent les professionnels de cette définition ? S'adresse-t-elle à tous sans exception ? Convoque-t-elle les valeurs professionnelles de chacun ? Dans les traces de l'ANESM, la HAS introduit à la fin de cette définition de la bientraitance la référence à la prévention de la maltraitance. De même, au delà de cette prévention, la bientraitance est définie dans sa globalité de prise en charge du patient : la bientraitance sera ainsi présente de manière transversale

⁹⁶ FORAP-HAS, *Le déploiement de la bientraitance, Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD*, mai 2012, p. 3.

⁹⁷ *Ibid.*, p. 15.

⁹⁸ HAS, *Auto-évaluation. Évaluation de la promotion de la bientraitance*, octobre 2012, p. 3.

tout le long du séjour de l'utilisateur dans un établissement de santé. Afin de mesurer la satisfaction des patients et le respect de leurs droits, la HAS produit un guide ainsi que des kits d'outils afin d'aider la mise en œuvre de l'auto-évaluation en vue de la bientraitance. La satisfaction sera notamment mesurée par des questionnaires contenant différents critères dont un des principaux sera la mesure de la douleur.

3. Parallèle avec l'analyse des entretiens

Six entretiens ont été réalisés auprès de personnes participant à la réflexion autour de la bientraitance postulant que leur approche de "terrain" conjuguée à une réflexion entamée sur ce sujet était un prérequis avantageux afin de mieux comprendre les enjeux conceptuels relatifs à la bientraitance.

Lors de ces entretiens, le parti pris fut de laisser les questions ouvertes afin de mettre en œuvre une approche qualitative des termes ou concepts émergeant principalement.

Dans le cadre de l'analyse des concepts similaires, nous avons déterminé trois catégories principales d'analyse : à savoir les conceptions générales de chacun sur la bientraitance ; l'aspect institutionnel passant par le management et la formation ; et en dernier, ont été abordées des formes de violence pouvant être qualifiées de maltraitance ou de "non-bientraitance".

Dans cette partie, nous nous attacherons à essayer de dénouer les différentes sous-catégories jaillissant de la rubrique “aspect institutionnel/management et formation”.

Nous constatons que pour les deux tiers des personnes interrogées, c'est-à-dire quatre personnes sur six, le management et particulièrement les formations des professionnels sont essentiels. Néanmoins, il faut ajouter que cette stratégie managériale est considérée comme un *moyen* d'arriver à satisfaire le patient ⁹⁹. Notons que les professions de ces personnes se rapprochent d'une fonction managériale.

Pour une personne travaillant au niveau de la direction, la bienveillance est une thématique de management prioritaire pour un hôpital. Cette assertion est cependant envisagée en tant que *fin* pour l'établissement de santé ¹⁰⁰. Effectivement, ce thème est considéré comme un « volet des projets de soins » dans le cadre des critères de certification.

Néanmoins, pour la moitié des personnes interrogées, la bienveillance est quelque chose qui ne se protocolise pas ou est trop protocolisé ¹⁰¹.

Faisant le lien, nous constatons également que pour la moitié des personnes, la définition donnée par la HAS est confusante, manquant de « clarté » ou d'« intelligibilité » ¹⁰².

⁹⁹ Se reporter aux annexes 2, 3, 5 et 6.

¹⁰⁰ Se reporter à l'annexe 1.

¹⁰¹ Se reporter aux annexes 2, 3, 4.

¹⁰² Se reporter aux annexes 3, 4, 6.

Cette problématique quant à la clarté du terme de “bienveillance” est particulièrement soulignée entre deux personnes : l’une considère ce mot comme un terme « d’énarque », alors que l’autre considère que ce n’est pas un mot « noble ». Cette opposition nous amène à accentuer le terme d’“ambivalence”. Nous remarquons à travers ces divers entretiens que la définition posée de la “bienveillance” n’est pas admise de la même manière et s’affilient à des notions différentes pour chacun.

De plus, nous noterons que le groupe de travail « Éthique et bienveillance » a choisi de se désolidariser du compte qualité par lequel il a émergé au sein de l’établissement.

Il est alors légitime de se questionner quant à la portée idéologique des discours produits par les autorités d’évaluation. En effet, il semble que le sens et la qualité s’opposent. Qu’en sera-t-il de la l’application de cette notion ?

B. La bienveillance comme normalisation : vers une gouvernance de l’humain ?

1. Une bienveillance performative

Le concept de bienveillance, envisagé comme un indicateur et soumis à une évaluation interne, une auto-évaluation, rejoint en quelque sorte la notion

de compétence. Effectivement, les organismes d'évaluation fabriquent des guides de bonnes pratiques professionnelles desquelles les professionnels doivent répondre. Cependant, il est nécessaire de rappeler que la bientraitance touche au domaine relationnel entre le patient et le soignant, le patient et l'institution ou encore les soignants entre eux. En mentionnant ces auto-évaluations, il serait sous-tendu que l'évaluation de la bientraitance serait alors comprise comme la « propriété d'une pratique ou d'une personne »¹⁰³. De ce fait, l'évaluation de la première consisterait à évaluer le fonctionnement de l'institution alors que l'évaluation de la seconde porterait un jugement moral - bien ou mal- directement sur une pratique et même une personne¹⁰⁴. Catherine Déliot, animatrice de groupes de réflexion d'éthique pratique, fera part de son étonnement quant aux réactions des professionnels à la prononciation de la notion de "bientraitance", allant de « l'expression d'un simple scepticisme jusqu'à celle d'un rejet sans compromis »¹⁰⁵. Face à ce constat, nous pouvons nous demander pourquoi une notion emprunte d'une démarche positive et véhiculant des intentions bonnes créerait une telle réticence et méfiance de la part des professionnels ? C'est ici qu'intervient l'importance de la portée du terme de "bientraitance". En effet, pour susciter une telle réaction auprès des professionnels, nous ne pouvons reconnaître, dans un premier temps, que ce mot n'est pas vide de sens mais possède une « emprise sur les professionnels

¹⁰³ Patrick Karcher, « Bientraitance en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : l'histoire d'un malentendu », in Philippe Svandra (dir.), et al., *Faut-il avoir peur de la bientraitance ? Retour sur une notion ambiguë*, Paris, De Boeck Estem, 2013, p. 49.

¹⁰⁴ *Ibid.*, p. 49.

¹⁰⁵ Catherine Déliot, « Bientraitance, puissance idéologique du discours », in Philippe Svandra (dir.), et al., *Faut-il avoir peur de la bientraitance ? Retour sur une notion ambiguë*, Paris, De Boeck Estem, 2013, p. 53.

de la santé qui le reçoivent »¹⁰⁶. À travers cette observation, il peut être affirmé que le mot “bienveillance” « dit quelque chose [aux professionnels] qu’il ne dit pas littéralement »¹⁰⁷. Ceci appartient précisément à la dimension que l’on appelle performative du langage. Autrement dit, c’est un terme qui produit une action à sa simple énonciation. Les participants à ce groupe de réflexion éthique sus-cité, comprendront la promotion de la bienveillance dans le manuel de certification V2010 de la HAS comme une « injonction-condamnation »¹⁰⁸, c’est-à-dire à un ordre mêlé à une accusation. Les professionnels se sentent attaqués dans leur manière de travailler, voire leur manière d’être auprès d’un patient. C’est dans leur exercice même du soin qu’ils recevraient cette “condamnation”. De cette manière, nous constatons l’impact du langage utilisé et combien, en pratique, cela peut se traduire. Le mot “bienveillance” porterait-il atteinte à la conception même du soin ? Catherine Déliot ajoutera que « le terme de bienveillance véhiculerait un postulat théorique contestable : le soin ne serait pas *a priori* bienveillant. Selon ce postulat, la notion de soin se réduirait dans sa signification à désigner une dimension technique ». Nous laisserons cette interrogation ouverte.

¹⁰⁶ *Ibid.*, p. 54.

¹⁰⁷ *Ibid.*², p. 54.

¹⁰⁸ *Ibid.*³, p. 55.

2. Un discours normatif

« Voici l'hypothèse que je voudrais avancer, ce soir, pour fixer le lieu - ou peut-être le très provisoire théâtre - du travail que je fais: je suppose que dans toute société la production du discours est à la fois contrôlée, sélectionnée, organisée et redistribuée par un certain nombre de procédures qui ont pour rôle d'en conjurer les pouvoirs et les dangers, d'en maîtriser l'événement aléatoire, d'en esquiver la lourde, la redoutable matérialité. »¹⁰⁹

Nous reprendrons ces paroles de Michel Foucault, prononcées à l'occasion de sa *Leçon inaugurale au Collège de France*, en les transposant au discours sur la bientraitance afin de mesurer les limites de celui-ci. Nous l'avons vu, la bientraitance veut être conçue dans une démarche positive par les organismes d'évaluation. En effet, il a été affirmé que la bientraitance n'était pas le simple corrélat de la maltraitance, c'est-à-dire une forme de transposition positive. Néanmoins, c'est une notion qui s'inscrit intrinsèquement dans la lignée de la maltraitance en faisant office pour l'ANESM de « mémoire du risque » ou encore de « mémoire de l'ombre ». Pour le dire différemment, la bientraitance porte en elle les stigmates de la maltraitance. Cette notion de bientraitance ne doit pas être substituée à la maltraitance ; néanmoins, force est de constater que le terme de maltraitance occupe une place de choix dans les formulations de définitions de la bientraitance, aussi bien de la part de l'ANESM que de la

¹⁰⁹ Michel Foucault, *L'ordre du discours*, Leçon inaugurale au Collège de France, Paris, Gallimard, 1971.

HAS. Dans les discours, le terme de maltraitance reste constamment associé à celui de bientraitance. Dans ce cas, la bientraitance est-elle un outil afin de promouvoir la démocratie sanitaire en conférant une valeur primant sur les autres aux droits et libertés des usagers, ou est-elle un outil normatif permettant de réglementer et contrôler les professionnels ? En effet, la multiplication des procédures d'évaluation ainsi que la finalité de la certification ne sont-elles pas des assignations à la performance ? Au travers de la bientraitance ne convoquerait-on pas un certain "méliorisme" amenant à la stigmatisation des soignants qui font *bien* de ceux qui font *mal*¹¹⁰ ? Ces questionnements peuvent se greffer à la théorie des discours foucauldienne. En effet, selon lui une archéologie des discours est nécessaire : cela doit s'entendre comme une enquête des soubassements qui affublent un sens aux discours. La promulgation des guides de "bonnes" pratiques auprès des professionnels n'est-elle pas à entendre au sens foucauldien du terme, c'est-à-dire comme une norme coercitive traversant le professionnel afin de produire en lui un comportement, devenant par là même un instrument de l'institution ?

3. Parallèle avec l'analyse des entretiens

« L'existence sociale du corps est d'abord rendue possible par son interpellation à l'intérieur des termes du langage »¹¹¹ : cette citation de la

¹¹⁰ Marie Garrigue-Abgrall, « Critique de l'usage du concept de bientraitance », *Éthique et santé*, vol. 2 n°3 (septembre 2005), pp. 133-137.

¹¹¹ Judith Butler, *Le pouvoir des mots, politique du performatif*, Paris, Amsterdam, 2004, p. 44.

philosophe Judith Butler illustrera cette analyse des termes conceptuels principaux émergeant des entretiens. En effet, à travers cette affirmation, nous comprenons que nommer une chose n'est pas anodin et renferme une signification précise. Conséquemment, Judith Butler soutient qu'un fait, un corps, à partir du moment où il est nommé, deviendra opérant.

Lors des entretiens, des vacillations se sont faites sentir à la suite de la lecture de la définition de la bientraitance produite par la HAS. Selon la démarche d'analyse de contenu adoptée, des termes similaires n'ont pas été mis en avant. Cependant, différents termes se trouvaient dans un champ sémasiologique analogue.

De cette manière, nous avons pu constater que la moitié des personnes trouvant cette définition officielle confusante évoquent un manque de clarté manifeste. La mention d'un besoin de lisibilité émerge.

Notons tout de même que deux personnes corroborant la définition officielle de la HAS font état d'une précision: la première relève la carence de la définition officielle de la bientraitance par rapport à la maltraitance, elle insiste sur le fait que c'est quelque chose de *plus* qu'éviter la maltraitance ; la deuxième, face au concept de maltraitance introduit la notion de non-bientraitance.

La dernière, abondant dans le sens de la définition officielle de la part de la HAS, évoque malgré tout des formations institutionnelles manquant de précision dans leurs propos, que nous pouvons rapprocher d'une carence d'un cadre clair.

Une confusion entre la bientraitance et la maltraitance est alors relevée pouvant mener jusqu'à la caricature. De plus, il est notifié qu'un amalgame entre les notions de "bientraitance" et de "maltraitance" peut conduire à des risques de maltraitance. Cela rejoint les risques d'un effet normatif des mots, une tentative de « chosification » des professionnels, réduits à des « machines à produire ». Cette dernière proposition touche à un aspect essentiel : le soin.

Bientraitance : est-ce traiter conformément à des règles, afin d'éviter les déviations (de cette acception découlera la tentative de mise en conformité véhiculée au sein de la démarche qualité) ou est-ce traiter au regard de valeurs éthiques ? En effet, cette démarche qualité, à travers sa normativité même, ne tend-t-elle pas vers un "systématisme" mettant alors à mal tout questionnement éthique, entendu comme une dynamique de pensée et de remise en question perpétuelle ?

C. L'alternative du care ?

1. Une "voie" différente

Ce sous-titre, « une "voie" différente », s'appréciera dans la lignée de l'apparition des théories du *care* au travers des recherches en psychologie principalement initiées par l'œuvre de Carol Gilligan, *In a different voice*¹¹². En effet, la théorie du *care* de C. Gilligan emprunte une "voie" différente consistant à admettre une morale minoritaire, c'est-à-dire en laissant la parole à la morale des femmes, faire entendre cette "voix" différente. C. Gilligan abordera les questions du « souci des autres » ainsi que celles d'une attention singularisée. Selon elle, le *care* serait une caractéristique intrinsèque aux femmes ; nous pouvons ainsi constater qu'elle emprunte la voie d'une théorie du genre : faire entendre la morale des femmes face à la morale majoritaire, cette construction théorique sera traduite en français sous l'expression du « sexe de la sollicitude »¹¹³. Pour l'auteure, les femmes présenteraient une aptitude naturelle à la sollicitude, à savoir une « capacité d'empathie »¹¹⁴. Il est

¹¹² Carol Gilligan, *In a different voice*, Cambridge, Harvard University Press, 1982. Livre réédité sous le titre *Une voix différente, Pour une éthique du care*, Paris, Flammarion, 2009.

¹¹³ Fabienne Brugère, « L'éthique du *care* : entre sollicitude et soin, dispositions et pratiques », in Lazare Benaroyo, Céline Lefève, Jean-Christophe Mino, Frédéric Worms (sous la direction de.), *La philosophie du soin. Éthique, médecine et société.*, Paris, PUF, 2010, p.70.

¹¹⁴ Carol Gilligan, *Une voix différente, op. cit.*, p. 22.

cependant essentiel de relever que cette théorie du genre fut la proie de nombreuses critiques tenant à son absence de fondement biologique.

En 1993, Joan Tronto, dans son ouvrage, traduit sous le titre d'*Un monde vulnérable. Pour une politique du care*¹¹⁵, tente de sortir de cette théorie des sexes en redéfinissant le *care*. À travers cette redéfinition, J. Tronto essaye de ne pas réduire le *care* à sa dimension relationnelle du souci des autres mais en considérant celle-ci incluse dans les institutions de soin. Elle envisage ainsi quatre phases du *care* : le « souci de », le « prendre en charge », le « prendre soin », et « recevoir le soin »¹¹⁶. Cette référence à l'activité du soin implique essentiellement le recours à la notion de vulnérabilité. En effet, J. Tronto fait référence à des individus ayant recours au *care* comme étant dans une position de vulnérabilité, au sens de dépendance, ou comme étant toujours potentiellement dans cette position de vulnérabilité. De cette manière, nous distinguons une accentuation de la dimension sociale et politique de l'activité du prendre soin. À travers cette analyse politique, nous sommes amenés à interroger la place du soin dans nos sociétés, autrement dit « penser l'impact social et politique de la relation soignant-soigné »¹¹⁷.

¹¹⁵ Joan Tronto, *Moral boundaries. A political Argument for an Ethic of care*, New York, Routledge, 1993, traduit en français par Hervé Maury, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte, 2009.

¹¹⁶ *Ibid.*, pp. 147-148.

¹¹⁷ Fabienne Brugère, « L'éthique du *care* : entre sollicitude et soin, dispositions et pratiques », in Lazare Benaroyo, Céline Lefève, Jean-Christophe Mino, Frédéric Worms (sous la direction de.), *La philosophie du soin. Éthique, médecine et société.*, Paris, PUF, 2010, p.80.

2. La division du travail : care et bientraitance

Concevoir ce qui lie les individus et leur environnement dans une perspective du *care* représentera pour Pascale Molinier un « nouveau paradigme pour penser le soin à partir de ses dimensions non spécialisées, celles qui semblent échapper à la fois à la professionnalisation et à la prescription »¹¹⁸. Effectivement, la notion de *care* possède en elle deux dimensions : une dimension affective dans l'acception du *care* comme « sollicitude » ou « souci des autres », et une dimension effective d'une activité, une action dans le « prendre en charge », « prendre soin ».

Dans cette perspective, Pascale Molinier différenciera le travail *prescrit* du travail *réel*¹¹⁹. D'après elle, le travail *prescrit* évoquerait ce que nous avons à faire, et se traduit sous différentes formes, notamment des protocoles ou missions écrites. D'autre part, le travail *réel* représente au contraire ce qui est vraiment fait, effectué. Ayant précisé cela, elle renvoie ensuite le *care* au travail réel et la bientraitance au travail prescrit. Autrement dit, la bientraitance serait formalisée en un travail qui doit être effectué et donc implique de fait qu'il ne le serait pas *a priori* ; quant au *care* conçu comme un travail réel, cela

¹¹⁸ Pascale Molinier, « Pourquoi le *care* n'est-il pas bientraitant ? », in Philippe Svandra (dir.), et al., *Faut-il avoir peur de la bientraitance ? Retour sur une notion ambiguë*, Paris, De Boeck Estem, 2013, p. 32.

¹¹⁹ *Ibid.*, pp. 32-33.

consisterait à dire qu'il est effectif tout en restant invisible. Le *care* serait quelque chose de « banal » ou encore d' « ordinaire » mais quelque chose d' « inestimable », condensé dans de petites choses tel que le souci et l'attention aux autres traduits « dans des gestes et une parole ordinaire qui restaurent ce qui avait volé en éclats de sa dignité ou de son appartenance au monde ordinaire » ¹²⁰. De plus, Pascale Molinier développera l'idée selon laquelle les pourvoyeurs du *care* sont précisément les personnes les moins qualifiées. En d'autres termes, le *care* comme travail véritablement effectué ne serait pas l'affaire des compétences professionnelles. De cette manière, « se soucier » des autres ne saurait être envisagé comme étant une « bonne pratique » faisant l'objet d'une prescription.

Quelques questionnements s'imposent tout de même à nous. En effet, considérer le *care* comme un travail ordinaire réalisé par les personnes les moins qualifiées et convoqué dans des actes les plus simples de la vie quotidienne nous amène à nous interroger quant à sa potentialité d'exclusion. Autrement dit, conçu dans une dimension exclusivement soignante, le *care* ne semblerait pas posséder cet aspect trans-professionnel que la bienveillance semble revendiquer.

¹²⁰ Pascale Molinier, « Au-delà de la féminité et du maternel, le travail du care », *Champ psy*, n° 58 (février 2010), pp. 161-174. □

3. Parallèle avec l'analyse des entretiens

Après avoir envisagé la “bienveillance” comme une démarche managériale d'amélioration continue de la qualité, nous avons postulé la potentialité normative présente dans le terme de “bienveillance” ayant pour conséquence le risque d'un amalgame entre bienveillance et maltraitance. En effet, nous avons été alarmé par ce que pouvait occasionner la puissance performative véhiculée à travers le discours de la démarche qualité, à savoir une systématisation des pratiques professionnelles, et *in extenso* ce qui touche au soin.

À partir de ce constat, nous avons donc envisagé l'alternative du *care*, c'est-à-dire du « prendre soin » ou encore de la « sollicitude » comme une sorte de recours à l'instrumentalisation des soignants, et de manière plus essentielle au soin. Est-ce une contestation pouvant ainsi réfuter une démarche d'évaluation conçue comme un remède à de mauvaises pratiques ?

Lors de nos entretiens, nous avons souhaité poser deux questions très ouvertes aux personnes : la première consistait à leur demander ce que le terme de “bienveillance” leur évoquait instinctivement ; quant à la seconde question, celle-ci consistait à demander aux personnes de formuler une courte définition de la “bienveillance” leur semblant adéquate.

À travers les réponses données à ces deux questions, nous avons pu relever des concepts appartenant au champ sémantique du soin, voire du prendre soin. En effet, en catégorisant le contenu des réponses, pas

d'opposition évidente n'a émergé quant à l'inclusion de la "bienveillance" dans les principes du *care*.

Les termes ayant émergé principalement sont les suivants :

Annexe 1 : écoute du patient, écoute de l'autre, quotidien, collectif, échange pluridisciplinaire, aspects multiples (architecturaux, logistiques, prestation de services, animation, restauration => environnement)

Annexe 2 : empathie, savoir être, état d'esprit, un petit mot, un geste, éthique, ouverture aux autres, confort, sécurité, environnement, global

Annexe 3 : satisfaction des besoins fondamentaux, respect, empathie, bien, bien-être, globale, environnement

Annexe 4 : solidarité, rencontre, moment humain partagé, approche concrète du souci de l'autre, responsabilité, intention d'être près des besoins de la personne, bien, bien-être, bienveillance, bienfaisance, estime, respect, juste soin, vivre ensemble, autre soi-même

Annexe 5 : réponse aux besoins des personnes, soin, prendre soin, respect d'autrui, éthique, écoute, information, reformulation, accompagnement, respect, façon d'être, globale.

Annexe 6 : mémoire de l'ombre/risque, vigilance, pas un acte individuel, pas empathie, pas sollicitude, pas care, pas éthique, pas prendre soin, pas gentillesse, pas professionnalisme, leadership, régulation, culture partagée du souci de l'autre, travail pour et avec l'autre, globalité, finalité

Dans chaque entretien, nous avons ainsi relevé des catégories comparables, à savoir :

- ⇒ **les termes écrits en vert** représentent des concepts proches des principes du « prendre soin », du *care*, de la sollicitude passent par un savoir être.
- ⇒ **Les termes écrits en rouge** représentent une façon de faire, une action.
- ⇒ **Les termes écrits en violet** représentent le groupe, l'équipe, la collectivité.
- ⇒ **Les termes écrits en bleu** correspondent à des termes présents dans le champ de l'éthique.

Grâce à cette mise en avant des concepts principaux, nous pouvons émettre une première hypothèse : les termes écrits en vert et ceux écrits en rouge correspondent à des manières de concevoir le soin, néanmoins il est important de noter que les termes en vert sémantiquement proches du « prendre soin » correspondent essentiellement à des **manières d'être** avec le patient. En ce qui concerne les termes écrits en rouge, il s'agit d'une **manière de faire** avec le patient. Nous nous trouvons donc à ce niveau face au soin conçu dans sa dimension pratique, c'est-à-dire comme un *agir*, et le soin conçu dans une dimension de *care*, c'est-à-dire de *disposition*, un *penser*. Dans les cinq premiers entretiens, il faudra admettre que ces deux champs sémantiques sont constamment joints.

À la suite de cela, nous constatons que ces termes sont également toujours associés aux termes en violet représentant la collectivité. Autrement dit, nous pouvons émettre l'hypothèse suivante : au-delà du terme, la bienveillance véhiculerait des concepts relativement similaires dans une

dimension double, à savoir en tant que pratique et disposition. Entre soin et *care*.

L'alternative singulière du *care* semble dépassée. En effet, le *care* entendu uniquement comme une dimension relationnelle entre le patient et "l'agent du *care*" semble mis à mal par la présence systématique de la dimension globale et collective de la bientraitance. En effet, pour les six personnes interrogées, la dimension de globalité, de prise en considération de l'environnement aussi bien pour les patients que pour tout professionnel, est avancée.

L'entretien 6 restera tout de même à part dans l'analyse refusant toute autre acception quant à la définition de la "bientraitance" que celle de la considérer comme en résonance avec la maltraitance.

De cette manière, la bientraitance véhiculerait dans son ensemble une manière pluridisciplinaire de penser et de questionner le soin et les actes de soin. Ceci nous amène alors à envisager le champ sémantique des termes écrits en bleu, admettant explicitement ou non des concepts en filiation avec le champ de l'éthique. Cela engendrera-t-il la possibilité d'une relation existant entre "bientraitance" et éthique ?

III. Un enjeu d'humanité : le soin fait sens

Au fil de ce travail, cherchant à comprendre le pouvoir dont les mots sont porteurs, nous avons appréhendé la notion de “bienveillance” sous différents aspects. Malgré une définition mouvante de cette notion, au travers des entretiens effectués dans le but de contextualiser ce travail, une dimension principale émergea : la bienveillance ne peut être conçue sans penser et éprouver la relation de soin.

De la sorte, nous questionnerons les valeurs contenues dans cette notion de “bienveillance”. Effectivement, dans l’interrogation même de la notion de “bienveillance”, il faudra poser la question du “bien”, directement inscrite dans une dimension sociale et morale d’une éthique de la responsabilité. Savoir être et savoir faire seront conjugués dans la dimension du *juste* soin, un enjeu d’humanité.

A. La relation de soin

1. Une dimension sociale

Considérer le soin, c'est tout d'abord envisager la notion de vulnérabilité. Suivant le philosophe Jean-Pierre Cléro, la vulnérabilité serait une faille rendant un individu, envisagé dans son individualité ou comme groupe, sensible à la douleur ou à la blessure. Il ajoute que ces dernières peuvent être d'ordre physique ou moral ¹²¹. La vulnérabilité comporte divers degrés, plus ou moins intenses. Néanmoins, même conçue avec l'intensité la plus basse, la vulnérabilité se trouvera être l'intermédiaire d'un cheminement vers la dépendance. En effet, penser la vie même nécessite de penser une forme de vulnérabilité, de dépendance envers des soins vitaux nous permettant de demeurer. À travers ce postulat nous emprunterons la définition de Frédéric Worms qui nous permettra d'appréhender d'emblée le soin comme « toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même » ¹²². Par cette définition du soin comme une réponse à un enjeu vital, nous constatons une double dimension présente dans celui-ci, à savoir un soin comme le fait de

¹²¹ Jean-Pierre Cléro, « La personne vulnérable » in Christian Hervé, Stamatios Tzitzis (sous la direction de.), *Altérité et vulnérabilités*, Bordeaux, Les Études hospitalières, 2014, p. 23.

¹²² Frédéric Worms, *Le moment du soin. À quoi tenons-nous ?*, Paris, PUF, 2010, p. 21.

traiter une maladie, une souffrance, ou encore comme le fait de soigner une autre personne impliquant alors un aspect intentionnel mais aussi et surtout relationnel. Autrement dit, penser le soin sous cet aspect reviendrait à le considérer comme le garant d'une certaine *unité*¹²³. Selon F. Worms, penser le soin serait envisager de manière unitaire tous les enjeux d'un « présent éclaté et vulnérable [...] d'une manière précise, concrète et positive ». De plus, il faudrait ajouter le fait que cette vulnérabilité puisse être imputée aussi bien à la personne recevant le soin qu'à celle le donnant. En effet, il ne s'agit pas d'admettre une vulnérabilité et un degré de vulnérabilité comparables, néanmoins cela amène à envisager le soin comme une rencontre durant laquelle soignant et soigné peuvent être soumis à une forme de vulnérabilité dont la force et la teneur varient.

Dans cette proposition, il sera éclairant de penser le soin à partir de la dimension pluridimensionnelle de la relation médicale qu'envisage Platon dans son œuvre *Les Lois*¹²⁴. Selon Platon, cette relation possède une dimension triple : c'est-à-dire un aspect technique de la médecine, un aspect relationnel dans le soin et un aspect politique, inclusif. Le but n'est pas d'amener à politiser la médecine mais de concevoir la capacité thérapeutique de la loi. Politique et médecine sont alors mises en concordance dans une considération d'une relation de soin pluridimensionnelle. Dans ce cadre là, F. Worms appréciera un aller-retour entre vital et politique. En d'autres termes, se produirait une dilation du vital au politique conjugué à une « réorientation du

¹²³ Frédéric Worms, « Vers un moment du soin ? Entre diversité et unité », in Lazare Benaroyo, Céline Lefève, Jean-Christophe Mino, Frédéric Worms (sous la direction de.), *La philosophie du soin. Éthique, médecine et société.*, Paris, PUF, 2010, p.11.

¹²⁴ Platon, *Les Lois*, (traduction française) Luc Brisson, Jean-François Pradeau, Paris, Flammarion, 2001.

politique (et aussi de la technique) vers une thérapeutique »¹²⁵ : une relation de soin pluridimensionnelle.

Durant nos entretiens, nous avons pu voir une idée partagée par tous émerger : précisément celle d'envisager le soin dans une dimension pratique c'est-à-dire une manière de faire, un « savoir faire ». Cette action de soin s'est conjuguée sous le fait de « satisfaire les besoins des patients », leur apporter une « sécurité » ou encore un « confort » passant par de « petites choses simples » de manière « quotidienne ». De plus, il a été ajouté que ce savoir faire passait précisément par un savoir être, sous les termes d' « état d'esprit », de « comportement », de « vigilance » ou encore de « satisfaction ». À travers cette idée, nous explorerons la théorie du don présente chez Marcel Mauss en questionnant sa potentialité à lier ce savoir faire et ce savoir être dans une relation de soin.

Appliqué à cette considération des soins, le don se traduira à travers une gestuelle ou encore à travers le langage. Selon Marcel Mauss, le don ne consiste pas en un échange de biens entre deux personnes mais en donne l'acceptation de « fait social total »¹²⁶ puisqu'il s'engagerait en tant que créateur de lien social. En effet, Marcel Mauss envisage une théorie du don/contre don comme créatrice de lien social en admettant qu'un don de quelque nature qu'il soit appelle une obligation de rendre implicite, et refuser un don reviendrait à rompre le lien social unissant ces deux personnes. Cette

¹²⁵ Frédéric Worms, « Vers un moment du soin ? Entre diversité et unité », *op. cit.*, p.17.

¹²⁶ Marcel Mauss, « Essai sur le don, formes et raison de l'échange dans les sociétés archaïques » in *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 1989, pp. 145-179 ; cité dans Luc Andrieux, *Philosophie de la relation de soin. Entre don et reconnaissance mutuelle*, éditions universitaires européennes, 2011, p. 22.

théorie fut largement critiquée, considérant qu'un don ne doit pas attendre de réciprocité pour exister et se faire de manière désintéressée. Cependant, considérer le don soit comme un échange de biens soit comme un acte gratuit porte en soi la question des valeurs. Une valeur marchande dans un cas ou une valeur morale dans l'autre¹²⁷. Effectué dans l'acte même du soin, le don sera-t-il créateur de lien social ou pourra-t-il être considéré comme une forme d'enrichissement des professionnels ?

Néanmoins, il faut tout de même établir que ce lien social entre le soignant et le soigné sera rendu effectif par une reconnaissance mutuelle. Ce chemin vers la reconnaissance de l'autre a été théorisé par Paul Ricoeur dans sa dernière œuvre, *Parcours de la reconnaissance*¹²⁸. Trois sens du concept de reconnaissance seront examinés : la première reconnaissance consistera au fait de distinguer une chose ou une personne au milieu de la disparité, c'est-à-dire une forme de jugement ; le second parcours de reconnaissance tiendra au contraire au fait de s'identifier comme étant capable d'agir ; le dernier parcours sera en quelque sorte un lien conceptuel nécessaire à une reconnaissance mutuelle dans la gratitude et la réciprocité. Cette reconnaissance mutuelle, tacite entre le soignant et le soigné, serait une manière d'aborder l'autre avec le souci de « veiller à ce [qu'il] ne soit pas mis en difficulté dans l'acte de soin »¹²⁹.

¹²⁷ Luc Andrieux, *Philosophie de la relation de soin. Entre don et reconnaissance mutuelle*, op.cit., p. 24.

¹²⁸ Paul Ricoeur, *Parcours de la reconnaissance*, Gallimard, 2013.

¹²⁹ Luc Andrieux, *Philosophie de la relation de soin. Entre don et reconnaissance mutuelle*, op.cit., p. 44.

2. Une éthique de la responsabilité

Dans le terme de “bientraitance“, de quel bien parlons-nous ? Celui du patient ? Celui du professionnel ? Celui de l’institution ?

Dans la relation de soin, il s’agira d’envisager le “bien“ dans la perspective de la “bonne distance“. En effet, la question de la bonne distance dans la relation de soin consiste à penser une certaine manière d’être présent à l’autre. Autrement dit, la “bonne distance“ serait une attitude particulière du professionnel, une manière de convoquer son savoir faire dans son savoir être. Cette forme d’attitude vertueuse se trouverait donc au carrefour entre un paternalisme excédant d’un trop plein de bienveillance et un désintérêt total pour le patient. Cette “bonne“ attitude supposerait-elle alors de faire preuve d’une *prudence* entendue au sens aristotélicien, c’est-à-dire d’une sagesse pratique afin d’avoir la “bonne distance“, le “bon soin“, le “bon geste“ ou encore la “bonne parole“ ?

Envisager la juste distance nous amène à considérer le principe de responsabilité chez Hans Jonas. En effet, postulant que la technique possède un pouvoir de destruction pour l’humain, Hans Jonas convoque le principe d’une « éthique de la prévision et de la responsabilité »¹³⁰ : ce principe de

¹³⁰ Hans Jonas, *Le principe responsabilité*, Paris, Flammarion, 1990, p. 51.

responsabilité fait appel à la notion de solidarité entre les êtres humains dans le but précis de prendre soin des individus les plus vulnérables. D'un point de vue institutionnel, ce principe peut également être convié. De la sorte, cette responsabilité envers les plus vulnérables serait la préoccupation de chaque institution. Etre en mesure de concevoir un principe de responsabilité collectif envisagerait précisément la « conception du bien commun inclu[ant] donc une solidarité et une justice sociale sous-tendues par un étroit rapport mutuel entre les êtres humains »¹³¹.

Néanmoins, il sera essentiel de préciser que le soin possède une étymologie grecque double : d'un côté *epimelia* s'apparente au « prendre soin », de l'autre *therapeia* sera du côté du savoir, du savoir faire ¹³². En d'autres termes, le soin comporte en lui même un aspect technique, un savoir faire, une compétence, ainsi qu'un aspect du souci, de la sollicitude. Dans *Le normal et le pathologique*, Georges Canguilhem appréhende la médecine comme technique qui est « une activité qui s'enracine dans l'effort spontané du vivant pour dominer le milieu et l'organiser selon ses valeurs de vivant »¹³³. Par conséquent, la médecine sera une technique d'assistance répondant aux normes intrinsèques de la vie ; autrement dit, son but sera vital. Dès lors, le soin ne sera pas de l'ordre de la seule intention mais pourra être considéré

¹³¹ Michèle Stanton-Jean, « Altérité et vulnérabilité, Bien commun, bien public et santé publique » in Christian Hervé, Stamatios Tzitzis (sous la direction de.), *Altérité et vulnérabilités*, Bordeaux, Les Études hospitalières, 2014, p. 37.

¹³² Alain-Charles Masquelet, « Médecine contemporaine et disposition au soin », in Lazare Benaroyo, Céline Lefève, Jean-Christophe Mino, Frédéric Worms (sous la direction de.), *La philosophie du soin. Éthique, médecine et société.*, Paris, PUF, 2010, p.206.

¹³³ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1966 (réédition) 2015, p. 205.

comme un outil afin de répondre à un problème rencontré par le vivant. Cette double dimension de technique d'une part et de souci de l'autre, intrinsèque au soin, sera ainsi envisageable comme étant créatrice d'un lien social, une relation.

B. Une mission humaine

1. Les valeurs cadres de la bientraitance

Avant de définir ce qu'est la "bientraitance", l'ANESM, dans ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles, posera un cadre conceptuel historique dans lequel cette notion de bientraitance trouve un retentissement. De cette manière, elle évoquera huit fondements conceptuels de cette nouvelle notion.

La première notion entourant la "bientraitance" sera la « **bienfaisance** » : rappelons que celle-ci fut citée dans le Rapport Belmont en 1979 et consiste en l'un des principes fondamentaux de l'éthique concernant la recherche médicale. L'ANESM entendra cette notion en lien avec la bientraitance comme « l'idée d'une absence de tort faite à l'autre, d'une part, et surtout d'un équilibre à trouver au sein des pratiques entre ce qui apportera

un bénéfice et ce qui causera du tort à l'utilisateur »¹³⁴. Cela ferait-il appel à la notion de *juste* soin ?

La seconde notion conceptuelle à retenir pour l'émergence de la "bienveillance" est celle de « **bienveillance** » : cette notion consiste précisément en une intention affective de viser le bien pour l'autre. L'ANESM retiendra de la bienveillance « l'importance de l'intention envers l'autre, intention que viendront soutenir et expliciter le projet individuel d'accompagnement et le projet d'établissement et de service ». À travers cette citation, nous constatons l'importance de la collectivité, tous les professionnels seront concernés par cette intention de viser le bien pour le patient.

La troisième est une notion tirée de la psychanalyse de Donald Winnicott, « **la mère "suffisamment bonne"** » nuancé précisément l'idéalité de la visée du bien absolu de cette mère qui prendra soin de son enfant. Cette notion sera « appropriée pour contribuer à la définition de la posture bienveillante, posture d'ajustement à un usager singulier à un moment donné ». Cela nous permettrait d'envisager la notion de la "bienveillance" d'une manière contextualisée.

La quatrième notion sera celle des différentes dimensions de la « **communication** » venant de la psychologie de Carl Rogers, au travers de laquelle sera retenue « la faculté d'empathie et la posture de négociation qui doivent être retenues de la part du professionnel ». Cette notion sera opérante

¹³⁴ ANESM, *La bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre* [page web], Saint-Denis, juillet 2008, http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bienveillance.pdf, p. 12.

dans une forme de reconnaissance ainsi que de compréhension de l'autre et de ses besoins.

Le cinquième concept sera celui de la « **sollicitude** » développée par Paul Ricoeur : « le geste de sollicitude vise en tout cas à instaurer une relation équilibrée et respectueuse de l'autre ». La sollicitude consiste en une attitude envers l'autre plus vulnérable que moi, elle participera d'un savoir être.

Le concept suivant s'en rapproche, il s'agit de celui du *care* distinguant un "prendre soin" d'un *cure* thérapeutique et technique. De cette manière l'éthique du care sera « une réponse contextualisée et personnalisée », prenant en compte l'individu dans sa singularité.

L'avant dernier concept celui de la « **reconnaissance** » entendue « selon Axel Honneth, [comme] l'attention affective, l'accès égal aux droits et l'estime sociale.

La dernière notion véhiculée sera étonnamment celle de "**bien-traitance**", autrement dit la notion originelle présentée avec son trait d'union comme un vecteur.

Pour résumer, la "bien-traitance" sera conçue et entendue comme une notion « globale » prenant en considération divers aspects du soin, de la relation de soin ainsi que de l'environnement professionnel.

2. Parallèle avec l'analyse des entretiens : une nouvelle notion éthique ?

Suivant les repères donnés par l'ANESM, nous émettrons une première hypothèse : la notion de "bienveillance" se comprend et s'envisage dans une filiation avec des principes éthiques ainsi que des concepts philosophiques.

En parallèle, nous avons relevé cinq termes fondamentaux qui ont surgi des entretiens que nous avons effectué :

« **bien** » ou « **bien-être** », « **humain** », « **respect** », « **façon d'être** », « **souci de l'autre** ».

Ces notions font appel à quatre théories philosophiques :

La première fait référence à la sagesse pratique aristotélicienne dont le Bien suprême en est la visée.

Les termes de respect et d'humain sont présents quant à eux dans la philosophie kantienne : le respect de la dignité de la personne est inaliénable en tant qu'elle participe de l'humanité.

La « façon d'être » évoquée évoquera la théorie Heideggérienne de l'être au monde, cet « être dans la vie » conçu dans sa dimension singulière.

Enfin, le « souci de l'autre » sera précisément la théorie ricoeurienne de la sollicitude, l'autre conçu comme autre moi même dans des institutions justes.

À travers cette énumération, nous pouvons empiriquement constater que les valeurs évoquées par les personnes interrogées se placent inmanquablement dans un champ conceptuel éthique et philosophique.

La “bienveillance” serait-elle une manière “maladroite” de réunir à la fois la dimension relationnelle du prendre soin, de la considération de l’autre dans sa singularité et la dimension plus technique du soin médical, tout en les considérant dans une relation plus élargie, c'est-à-dire prenant en compte l’environnement du patient et l’institution ?

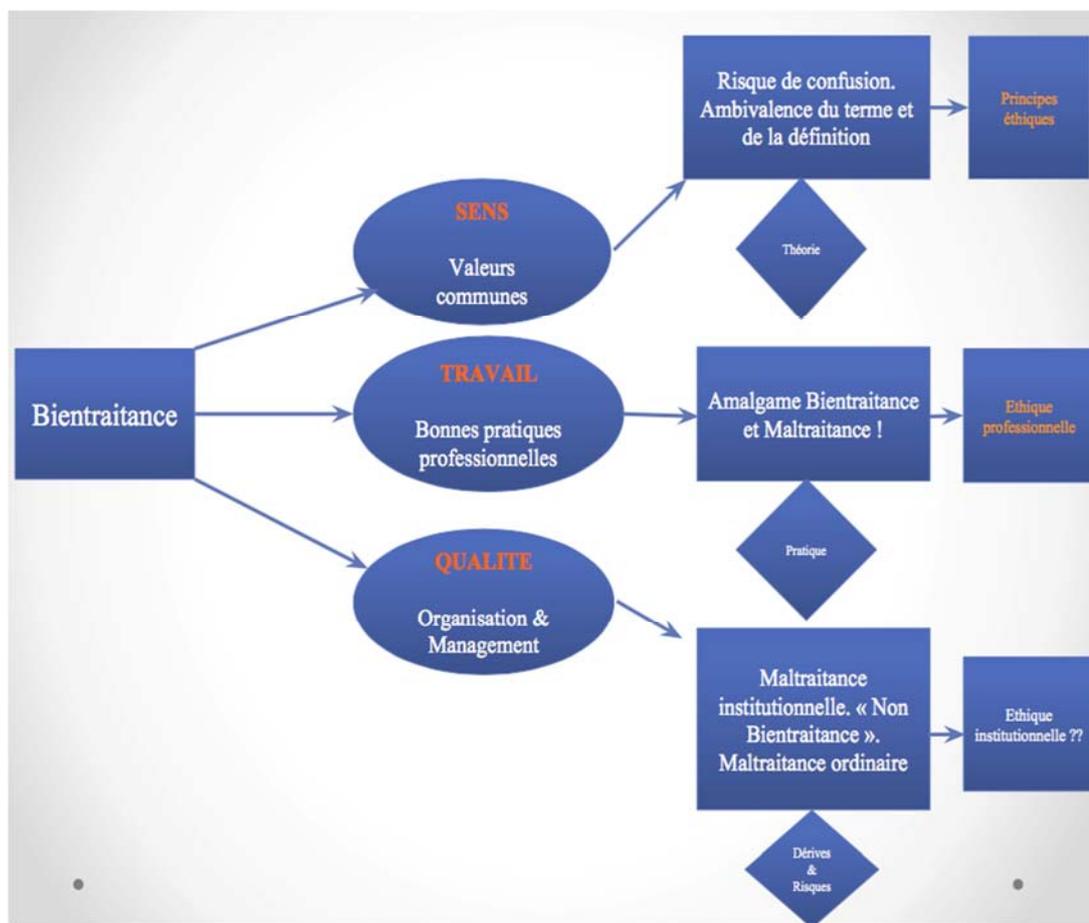
De manière générale, le terme de “bienveillance” semble intrinsèquement et historiquement hypothétique. Néanmoins, dépassant la valeur performative du terme en lui-même, nous nous sommes rendu compte que cela évoque aux professionnels des valeurs communes. Malgré une ambivalence bien réelle dont le terme est porteur, la “bienveillance” serait-elle un lieu de questionnements éthiques ?

Nous ferons dans cette perspective une allusion à l’évolution du groupe de travail « éthique et bienveillance » : impulsé tout d’abord par le compte qualité de l’établissement de santé, son émergence fut lente. Néanmoins, au fil des mois, nous avons pu remarquer un intérêt grandissant de la part des professionnels sur le sujet de la “bienveillance”, étant le lieu de divers questionnements quant à leurs pratiques quotidiennes.

Effectivement, dans cette approche, faut-il entendre l’évaluation qualité des pratiques professionnelles comme étant une fuite en avant ou serait-ce une

manière de constamment questionner et réexaminer ses pratiques professionnelles ?

C. Modélisation théorique



CONCLUSION

« [...] la « bien-traitance » des plus vulnérables d'entre les siens est l'enjeu d'une société tout entière, un enjeu d'humanité. »

Comité de pilotage de « L'opération pouponnières »,
Direction de l'Action sociale, ministère
De l'Emploi et de la Solidarité, octobre 1997 ¹³⁵.

Cette phrase illustre magistralement la mission originelle de la « bien-traitance ». Initialement orthographiée avec un trait d'union, cette notion était vectrice d'un lien multiple : celui de dénoncer et combattre les maltraitances faites aux enfants ; celui de prendre infailliblement soin des plus fragiles d'entre les nôtres ; celui d'être dans le souci de chacun y compris des professionnels. Il s'agit là de l'enjeu d'une société de prendre soin des personnes les plus vulnérables afin de tendre vers un mieux « vivre ensemble » dans des institutions les plus adaptées et justes. Pour paraphraser Danielle Rapoport, le

¹³⁵ Danielle Rapoport, *La bien-traitance envers l'enfant, des racines et des ailes*, Paris, Belin, 2006.

néologisme “bien-traitance“ prend son envol, mais son jeune âge le rend fragile, il perdra son trait d’union en vol. *A priori* anodin, ce trait d’union perdu en route, envolé, sera pourtant le lieu de plusieurs interrogations. En effet, ce néologisme hautement symbolique est accaparé par les agences d’évaluation qualité. Par conséquent, cette mission originelle devient un référentiel afin d’évaluer les pratiques professionnelles. À cette occasion, un guide de recommandations des bonnes pratiques professionnelles est élaboré.

De “bonnes“ pratiques ? Cet aspect fait nécessairement référence à l’histoire de ce terme, autrement dit à sa résonance à la fois historique, symbolique et étymologique avec la maltraitance. Mais précisément, cet écho, cette « mémoire de l’ombre » passée et potentiellement présente est source d’ambiguïté. Effectivement, la “bientraitance“ est à la fois conçue dans une dimension positive de démarche qualité tout en restant le souvenir de l’obscurité de la maltraitance. Face à cette injonction, les professionnels se sentent soupçonnés, voire accusés d’être ou d’être potentiellement maltraitants. C’est ici que nous prenons conscience de l’impact des mots. La “bientraitance“ semble véhiculer quelque chose qu’elle ne dirait pas littéralement. Derrière le discours qualité d’évaluation des pratiques professionnelles, cherche-t-on à gouverner l’humain ?

Empruntons cette phrase à Georges Canguilhem : « une norme tire son sens, sa fonction et sa valeur du fait de l’existence en dehors

d'elle de ce qui ne répond pas à l'exigence qu'elle sert »¹³⁶. Sur cette affirmation, la "bienveillance" consisterait-elle en un discours au pouvoir normatif cherchant à "redresser" les pratiques des professionnels ? Si "bienveillance" rime avec performance, quelle place laisser à la dimension relationnelle entre le soignant et le soigné ? Quelle place est alors dévolue au soin, à entendre au sens d'une dimension de « prendre soin », de « souci de l'autre » ?

Au travers des entretiens que nous avons mené, nous voulions appréhender empiriquement la portée du terme de "bienveillance". À la suite d'une analyse qualitative des concepts émergeant, nous avons conjecturé les choses suivantes :

De manière assez générale, la définition officielle de la bienveillance donnée par la HAS n'est pas explicitement contredite, néanmoins un aspect trop protocolisé et administratif est mis en avant. En effet, lorsque nous étudions ce que le terme de "bienveillance" évoque aux personnes, la dimension d'un savoir être, d'un comportement, d'une empathie est mise en valeur.

De plus, concernant le cadre de la "bienveillance", il est important de noter qu'un manque de clarté, de lisibilité est pointé. Plus précisément, les risques d'une confusion entre les termes de bienveillance et de maltraitance sont exprimés.

¹³⁶ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1966 (réédition) 2015, p. 227.

Néanmoins, après une étude des concepts véhiculés par la bientraitance, il serait possible d'envisager d'inclure la bientraitance dans une réflexion éthique. Effectivement, de manière unanime, et au delà de l'ambiguïté étymologique du terme, la bientraitance véhiculerait auprès des professionnels des valeurs communes.

La bientraitance consisterait-elle en une fuite en avant de la démarche qualité ? Ou serait-elle à envisager sous l'angle d'une dynamique créatrice sans cesse renouvelée au sens de perpétuel questionnement ?

Ce travail, essentiellement centré sur la genèse de cette notion et ses ambiguïtés, a également posé des pistes philosophiques pour faire vivre et incarner cette « dynamique créatrice ». Ce ne sont que des balises. Il reste à en écrire les possibilités et les conditions, une *praxis* au sens aristotélicien, c'est-à-dire une action réelle portée par le sens. Parce-que précisément c'est un enjeu d'humanité.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

ANDRIEUX Luc, *Philosophie de la relation de soin. Entre don et reconnaissance mutuelle*, éditions universitaires européennes, 2011.

BUTLER Judith, *Le pouvoir des mots, politique du performatif*, Paris, Amsterdam, 2004.

CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1966 (réédition) 2015.

CASAGRANDE Alice, *Ce que la maltraitance nous enseigne. Difficile bienveillance*, Paris, Dunod, 2012.

COMITE DE PILOTAGE de « L'opération pouponnières », *L'enfant en pouponnière et ses parents. Conditions et propositions pour une étape constructive*, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, La Documentation Française, 1997.

DELEUZE Gilles, Guattari Félix, *Kafka, pour une littérature mineure*, Paris, Minuit, 1975.

FOUCAULT Michel, *L'ordre du discours*, Leçon inaugurale au Collège de France, Paris, Gallimard, 1971.

GILLIGAN Carol, *In a different voice*, Cambridge, Harvard University Press, 1982. Livre réédité sous le titre *Une voix différente, Pour une éthique du care*, Paris, Flammarion, 2009.

JONAS Hans, *Le principe responsabilité*, Paris, Flammarion, 1990.

KISUKIDI Nadia Yala, *Bergson ou l'humanité créatrice*, Paris, CNRS éditions, 2013.

LAPRIE Bruno, MIÑANA Brice, *Engager une politique de bienveillance*, Issy-les-Moulineaux, ESF éditeur, 2010.

MORIN Edgard, *Introduction à la pensée complexe*, Paris, ESF éd., 1990.

PLATON, *Les Lois*, (traduction française) Luc Brisson, Jean-François Pradeau, Paris, Flammarion, 2001.

RAPOPORT Danielle, *La bien-traitance envers l'enfant, des racines et des ailes*, Paris, Belin, 2006.

RAPOPORT Danielle, et al., *Bien-traitance, un trait d'union à conquérir*,

Toulouse, Érès éditions, 2014.

RICOEUR Paul, *Parcours de la reconnaissance*, Gallimard, 2013.

TRONTO Joan, *Moral boundaries. A political Argument for an Ethic of care*, New York, Routledge, 1993, traduit en français par Hervé Maury, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte, 2009.

WORMS Frédéric, *Le moment du soin. À quoi tenons-nous ?*, Paris, PUF, 2010.

Chapitres d'ouvrages :

BERGSON Henri, *Conférence de Madrid sur l'âme humaine*, in. *Mélanges*, p. 1201.

BRUGERE Fabienne, « L'éthique du *care* : entre sollicitude et soin, dispositions et pratiques », in Lazare Benaroyo, Céline Lefève, Jean-Christophe Mino, Worms Frédéric (sous la direction de.), *La philosophie du soin. Éthique, médecine et société.*, Paris, PUF, 2010, p.69-86.

CLERO Jean-Pierre, « La personne vulnérable » in Christian Hervé, Stamatios Tzitzis (sous la direction de.), *Altérité et vulnérabilités*, Bordeaux, Les Études hospitalières, 2014, p. 23-32.

DELIOT Catherine, « Bientraitance, puissance idéologique du discours », in Philippe Svandra (dir.), et al., *Faut-il avoir peur de la bientraitance ? Retour sur une notion ambiguë*, Paris, De Boeck Estem, 2013, p. 53-64.

GABEL Marceline, « Le difficile partenariat des professionnels. Une maltraitance institutionnelle indirecte », in Marceline Gabel, Frédéric Jésus, Michel Manciaux (sous la direction de.), *Maltraitements institutionnelles*, Paris, Fleurus, 1998, p. 45-70.

GARRIGUE-ABGRALL Marie, « La bientraitance, du concept à la pratique », in Philippe Svandra (dir.), et al., *Faut-il avoir peur de la bientraitance ? Retour sur une notion ambiguë*, Paris, De Boeck Estem, 2013, p. 7-20.

GOLSE Bernard, « Préface », in Danielle Rapoport, *La bien-traitance envers l'enfant, des racines et des ailes*, Paris, Belin, 2006, p. 9-14.

Impulsion, in Larousse, 1966, p. 1597 (volume 2).

KARCHER Patrick, « Bientraitance en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : l'histoire d'un malentendu », in Philippe Svandra (dir.), et al., *Faut-il avoir peur de la bientraitance ? Retour sur une notion ambiguë*, Paris, De Boeck Estem, 2013, p. 43-52.

MASQUELET Alain-Charles, « Médecine contemporaine et disposition au soin », in Lazare Benaroyo, Céline Lefève, Jean-Christophe Mino, Frédéric Worms (sous

la direction de.), *La philosophie du soin. Éthique, médecine et société.*, Paris, PUF, 2010, p.205-217.

MAUSS Marcel, « Essai sur le don, formes et raison de l'échange dans les sociétés archaïques » in *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 1989, pp. 145-179 ; cité dans Luc Andrieux, *Philosophie de la relation de soin. Entre don et reconnaissance mutuelle*, éditions universitaires européennes, 2011.

MOLINIER Pascale, « Pourquoi le *care* n'est-il pas bientraitant ? », in Philippe Svandra (dir.), et al., *Faut-il avoir peur de la bienveillance ? Retour sur une notion ambiguë*, Paris, De Boeck Estem, 2013, p. 31-42.

RAPOPORT Danielle, « Dénoncer, énoncer, annoncer, renoncer ? », in Georges Arbuz (dir.) *La bien-traitance au soir de la vie, avancer en âge*, Paris, Belin, 2009, p.7-13.

RAPOPORT Danielle, « Messieurs les présidents, ce livre est une lettre... », in Danielle Rapoport (dir.) *Bien-traitance, un trait d'union à conquérir*, Toulouse, Érès éditions, 2014, p.7-14.

STANTON-JEAN Michèle, « Altérité et vulnérabilité, Bien commun, bien public et santé publique » in Christian Hervé, Stamatios Tzitzis (sous la direction de.), *Altérité et vulnérabilités*, Bordeaux, Les Études hospitalières, 2014, p. 33-40.

SVANDRA Philippe, « Introduction », in Philippe Svandra (dir.), et al., *Faut-il avoir peur de la bienveillance ? Retour sur une notion ambiguë*, Paris, De Boeck Estem, 2013, pp.1-6.

Trait, in Larousse, 1966, p. 3050 (volume 3).

Traiter, in Larousse, 1966, p. 3050 (volume 3).

WEBER Jean-Christophe, « Douleur, éthique et "bienveillance" », in Philippe Svandra (dir.), et al., *Faut-il avoir peur de la bienveillance ? Retour sur une notion ambiguë*, Paris, De Boeck Estem, 2013, p. 21-30.

WORMS Frédéric, « Vers un moment du soin ? Entre diversité et unité », in Lazare Benaroyo, Céline Lefève, Jean-Christophe Mino, Frédéric Worms (sous la direction de.), *La philosophie du soin. Éthique, médecine et société.*, Paris, PUF, 2010, p.11-21.

Articles de revues :

ARVEILLER Jacques, « Le syndrome de Tardieu. Maltraitance des enfants, médecine légale et psychiatrie au XIXe siècle », *L'évolution psychiatrique*, vol. 76 (2011), pp. 219-243.

CASAGRANDE Alice, « Quelques fondamentaux pour cerner le concept de bienveillance », [article de revue], *Revue de l'infirmière*, vol.58, n°155 (nov. 2009), pp. 16-18.

CREOFF Michèle, « Les maltraitements institutionnels », *adsp*, n°31 (juin 2000), pp. 52-56.

ERTEL Françoise, Fabienne Monsoreau, *et al.*, « Le management au cœur de la culture bientraitance », *Revue de l'infirmière*, n°155 (2009), pp. 22-24.

GARRIGUE-ABGRALL Marie, « Critique de l'usage du concept de bientraitance », *Éthique et santé*, vol. 2 n°3 (septembre 2005), pp. 133-137.

LONGNEAUX Jean-Michel, « On ne naît pas bien traitant, mais on peut le devenir », *Gérontologie et société*, n°133 (février 2010), pp. 33-41.

MARTINEZ Fabien, « Les principes généraux de la qualité », *adsp*, n°35 (juin 2001), pp. 18-28.

MATILLON Yves, « L'accréditation en France », *adsp.*, n° 35 (juin 2001), pp. 44-55.

MOLINIER Pascale, « Au-delà de la féminité et du maternel, le travail du care », *Champ psy*, n° 58 (février 2010), pp. 161-174. □

QUEMENER Myriam, « La loi et les personnes vulnérables », *adsp*, n° 31 (juin 2000), pp. 22-25.

RAPOPORT Danielle, « La bien-traitance, définition et enjeux », *Soins pédiatrie puériculture*, vol. 32, n°262 (sept.oct. 2011), p. 16-18.

RAPOPORT Danielle, « La bien-traitance, définition et enjeux », *Soins pédiatrie puériculture*, vol. 32, n°262 (sept.oct. 2011), p. 16-18.

RAPOPORT Danielle, « Éditorial », *Contraste* 1/2009 (N° 30), p. 7-14.

RAPOPORT Danielle, « La bien-traitance, définition et enjeux », *Soins pédiatrie puériculture*, vol. 32, n°262 (sept.oct. 2011), p. 16-18.

SAMBUC Roland, « Une nouvelle culture de la qualité », *adsp.*, n°35 (juin 2001), p. 1.

Sources électroniques :

ANESM, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* [page web], Saint-Denis, juillet 2008,
http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf.

CENTRE DE RECHERCHES SUR LA PENSÉE ANTIQUE, Centre Léon Robin [page web], CNRS-Univ.Paris Sorbonne-ENS Ulm, 5 octobre 2012,
<http://www.centreleonrobin.fr/recherche/27-recherche/63-2-2-philosophie-et-medecin>, (dernière consultation).

FORAP-HAS, *Le déploiement de la bientraitance, Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD*, mai 2012.

HAS, *Manuel de certification des établissements de santé V2010* [page web], Saint-Denis, juin 2009, http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217_manuel_v2010_nouvelle_maquette.pdf.

HAS santé, « La maltraitance ordinaire dans les établissements de santé » [site officiel], http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf.

HAS, *Auto-évaluation. Évaluation de la promotion de la bientraitance* [page web], octobre 2012, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_epp.pdf.

LEGIFRANCE, Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [site officiel en ligne], <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460>.

LEGIFRANCE, Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [site officiel en ligne], <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>.

RAPOPORT Danielle, LÉVY Janine, *Enfants en pouponnière demandent assistance*, Documentaire, Service du film de recherches scientifiques (SFRS-Vanves), 45 min., http://www.canal-u.tv/video/cerimes/enfants_en_pouponnieres_demandent_assistance.10275.

RESEAU QUALITE EN RECHERCHE (cnrs), *Le cycle PDCA ou roue de Deming* [page web], janvier 2009, <http://qualite-en-recherche.cnrs.fr/spip.php?article5>.

SANTE PUBLIQUE, *Qualité des soins : définition* [page web], avril 2013, <http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/>.

SENAT, *Un site au service des citoyens* [site officiel en ligne], <http://www.senat.fr/rap/r02-339-1/r02-339-12.html>.

- *COLLOQUE pour des propositions effectives contre la maltraitance à l'enfance*, La Sorbonne, 30 septembre 2014 (notes personnelles).

Annexe analyse entretiens

TRAITEMENT DES DONNÉES :

| <p>Catégories principales</p> <p>-----</p> <p>Entretiens [Manière d'intégrer Groupe de Travail « éthique et bientraitance »]</p> | <p>Fonction des interviewés</p> | <p>Conceptions générales de la Bientraitance</p> | <p>Aspect Institutionnel-Formation-Management</p> | <p>Maltraitance-Non-Bientraitance-Violence</p> |
|--|---|---|--|--|
| <p><u>Entretien 1</u></p> <p><i>N'est pas concernée pour sa pratique professionnelle quotidienne</i></p> | <p>Direction de projets</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Défi -Collectif (x3) -Ecoute de l'autre -Echange pluridisciplinaire -Vaste : déclinaisons multiples -pédiatrie ou gériatrie | <ul style="list-style-type: none"> -Bonnes pratiques professionnelles -Formation des professionnels -Bientraitance= volet des projet de soins -Protocoles | <ul style="list-style-type: none"> -bientraitance= comment réagir aux questions de maltraitance -pas de maltraitance mais non-bientraitance -ne fait pas bien car pas le temps -ne pas passer à coté de bonnes pratiques |
| <p><u>Entretien 2</u></p> <p><i>Intérêt pour le sujet. Actions antérieures sur thème de la maltraitance</i></p> | <p>Ancienne soignante / coordinatrice projets</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Ethique (x2) -Etat d'esprit (x3) -Empathie (x3) -Savoir-être (x2) -Vigilance -Philosophie, réflexivité -Sécurité -Globale -Dimension humaine -Devrait être (x2) | <ul style="list-style-type: none"> -Certification -Bientraitance # des protocoles -Formation des professionnels -« Travail » -Stratégie managériale -Définition officielle rassemble tous les volets de la bientraitance | <ul style="list-style-type: none"> -bientraitance= plus qu'éviter la maltraitance -problème de l'hyperspécialisation de la médecine dans prise en charge globale -non-bientraitance chez administratifs |

| | | | | |
|--|-----------------------|---|--|---|
| <p><u>Entretien 3</u></p> <p><i>Sollicitation par le cadre supérieur en lien avec intérêt préalable pour le sujet</i></p> | <p>Cadre de santé</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Bien (x2) -Bien-être -Prise en charge globale -Valeur professionnelle | <ul style="list-style-type: none"> -Formation -concepts HAS -définition officielle un peu trop administrative -ne doit pas être un phénomène de mode -besoin de lisibilité, visibilité, clarté -ambivalence -différence théorie et pratique -confusion : nécessité de poser un cadre clair | <ul style="list-style-type: none"> -difficile de porter bienveillance comme valeur professionnelle -être bienveillants et bientraitants entre soignants -dérives de la maltraitance ordinaire -beaucoup de maltraitance aux urgences |
| <p><u>Entretien 4</u></p> <p><i>Participation pour raisons institutionnelles puis affectives</i></p> | <p>Médecin</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Bien-être (x5) -Bienfaisance -Bienveillance (x2) -Chosification -Intention (x4) -Juste soin, juste traitement, juste conscience de ses limites (x2) -Solidarité (x2) -Outil (x3) -Humain, dimension humaine (x7) -Echange (x2) -Rencontre (x2) -Singularité (x3) -Responsabilité -Pluridisciplinarité (x2) -Visée éthique > valeurs -Philosophie | <ul style="list-style-type: none"> -se donner bonne conscience -bienveillance= mot d'énarque (mot qui enferme) -attitudes protocolisées -ambivalence -bienveillance ne se protocolise pas -volet des projets de soin= terme administratif insignifiant -bienveillance n'est pas de la politesse -contrainte -normalisation de la pensée | <ul style="list-style-type: none"> -violence dans la maladie et l'institution hospitalière -ne pas considérer les soignants comme « machines à produire » -entraîner le moindre mal avec techno-sciences -bienveillance apparente mais pas réelle |

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <p><u>Entretien 5</u></p> <p><i>“assez naturellement“ Nombreuses actions qualité pour promotion de la bientraitance</i></p> | <p>Cadre supérieur de santé qualité</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Bien-être (x3) -Accompagnement (x3) -Réponses adaptées aux besoins (x7) -Prendre soin (x2) -Respect d'autrui (x3) -Petites attentions (x3) -Globale (« grand chapeau ») > valeurs <ul style="list-style-type: none"> -Naturel -Motivation - Déontologie -Éthique professionnelle | <ul style="list-style-type: none"> -plan stratégique institutionnel -fiches d'actions promouvant bientraitance -questionnaires de satisfaction -management -réévaluation régulière -formations trop généralistes -aspect culturel et religieux oubliés -responsabilité de l'encadrement <ul style="list-style-type: none"> -équipe -mot bientraitance « sous-tend » le reste | <ul style="list-style-type: none"> -prévention maltraitance-promotion bientraitance -ne pas projeter ses représentations sur patients -mauvais suivi tout le long du séjour en hôpital -ne pas travailler n'importe comment -si recherche de la satisfaction du patient : pas de raison de se sentir maltraité comme soignant -alibi de se dire maltraitant parce que maltraité |
| <p><u>Entretien 6</u></p> <p><i>Rencontre de la maltraitance amenant à un travail sur la bientraitance</i></p> | <p>Philosophe/directrice de formation</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Pas un concept -Résonance dans la maltraitance -Mémoire du risque -Quelque chose de l'après <ul style="list-style-type: none"> -Vigilance -Collectif -Management, organisation -Outil -« fil rouge »= finalité <ul style="list-style-type: none"> -globale -Philosophie -Vulnérabilité | <ul style="list-style-type: none"> -bientraitance= pas un mot noble, d'universitaires -ensemble de choses signifiantes -impunité dans hôpital public -définition longue et pas totalement intelligible -bientraitance= organisation pratico-pratique -exercice professionnel qui ne doit pas être fusionnel | <ul style="list-style-type: none"> -réalité de la maltraitance -mot de maltraitance utile mais insuffisant -« care » : pas en phase avec la réalité de la maltraitance -qualité ne nomme pas le mal -philosophie nomme -impunité=danger -amalgame des concepts bientraitance et maltraitance -douceur conviviale-familiale inacceptable > silence sur la maltraitance |

INTERPRETATION DES DONNÉES :

| <i>Catégories principales</i> ----- <i>Codage sélectif</i> | <u>Conceptions générales de la bientraitance</u> | <u>Aspect Institutionnel-Formation-Management</u> | <u>Maltraitance-Non-Bientraitance-Violence</u> |
|--|--|---|--|
| SENS vs QUALITÉ | Partage de valeurs communes | Management/stratégie | => <i>Risque</i> = confusion, ambivalence terme et définition |
| THEORIE vs PRATIQUE | Temporalité/travail constant | Protocoles/bonnes pratiques | => <i>Dérive</i> = Amalgame des concepts bientraitance et maltraitance |
| ÉTHIQUE (pivot) | => Ethique | => Ethique institutionnelle ? | => Ethique professionnelle |

ANNEXE 1

RETRANSCRIPTION : ENTRETIEN 1 (téléphonique)

1. Pourquoi cette thématique de la bientraitance a été choisie comme prioritaire par l'hôpital ?

[Hésitation-rire- répétition de la question]

Parce que c'est une thématique importante. Parce qu'on est un hôpital pédiatrique. Les professionnels sont parfois soumis, confrontés à des questions de maltraitance des enfants avec des questionnements importants qui se posent aux professionnels sur comment réagir face à ces situations. Et puis parce que la bientraitance fait parti au quotidien des pratiques professionnelles. Je ne sais pas si je répons bien à votre question. On a considéré, c'est plutôt la direction des soins dans ces discussions, avec les cadres de santé sur les bonnes pratiques à l'hôpital qu'il fallait qu'on ait un volet bientraitance dans notre projet de soin parce qu'on pouvait facilement passer à coté de situations si on n'était pas formés à ces questions là, on pouvait passer à coté de situations pas de maltraitance mais de non bientraitance on peut dire. Le fait qu'on soit un hôpital pédiatrique, c'est un sujet d'autant plus aigu. C'est un sujet souvent mis en avant soit dans les hôpitaux pédiatriques soit dans les hôpitaux plus filière gériatrique parce que je crois qu'au départ c'est né plutôt dans les hôpitaux de soin aux personnes âgées sur tout ce qu'on ne faisait pas, tout ce que les professionnels ne faisaient pas ou n'avaient pas le temps de faire ou faisaient mal qui pouvait s'apparenter à de la non bientraitance.

2. Concernant le terme de « bientraitance » : qu'est ce que cela vous évoque instinctivement ?

Là vous m'interrogez en tant que direction d'un établissement de santé ou en tant que personne lambda que vous trouvez dans la rue ?

- en tant que direction d'un établissement de santé dans un premier temps et en tant que personne individuelle dans un second temps-

Qu'est ce que ca m'évoque, tout le défis qui est devant nous qui est d'arriver à former nos professionnels à ces bonnes pratiques mais encore une fois non pas qu'ils le fassent pas aujourd'hui mais on a vraisemblablement comme sur bien

d'autres items des marges de progression. Donc cela m'évoque le collectif, l'écoute du patient, le temps parce que c'est du temps, souvent on ne fait pas bien parce qu'on a pas le temps de bien faire. Et le collectif parce que je pense que les pratiques de bientraitance naissent de l'échange pluridisciplinaire. L'hôpital reste un milieu encore un peu cloisonné, très protocolisé ; finalement si l'on ne regarde pas ce que fait l'autre on peut passer à côté d'un certain nombre de bonnes pratiques donc pour moi la bientraitance c'est aussi du collectif.

[Je réponds à chaud je ne me suis pas préparée à notre entretien. En plus je suis une administrative, vous devriez interroger la directrice des soins qui aura un discours plus intéressant que le mien je pense]

3. Comment feriez vous une définition simple de la bientraitance ?

Pour moi la bientraitance c'est l'observation et l'écoute de l'autre. Là je vous réponds plutôt comme personne lambda dans la rue. Dans ma pratique professionnelle quotidienne, je ne suis pas confrontée à ces questions là donc je n'y ai pas réfléchi pour mon usage professionnel en tant qu'administrative. On y a réfléchi en tant que volet de notre projet médical et notre projet de soins. C'est un vaste sujet qui se décline sur tous les aspects de la prise en charge y compris sur les aspects architecturaux de nos services, ouvrir un nouveau bâtiment avec des espaces pensés pour les familles, pour les accompagnants c'est de la bientraitance enfin cela s'inscrit dans ce cadre là aussi. Il y a tout l'aspect pratiques professionnelles, pratiques des professionnels et il y a tout l'hôpital qui doit être bientraitant donc il y a tous les aspects architecturaux, logistiques, prestation de nos services, ce que l'on fait en terme d'animation, en terme de restauration, pour moi c'est de la bientraitance.

4. Avez-vous effectué une formation à la bientraitance ou des recherches ?

Moi personnellement non.

Je ne sais pas si il y a des formations des administratifs sur la bientraitance, je devrais le savoir mais je ne le sais pas. J'imagine que oui, il y a des journées qui doivent être sur cette thématique qui doivent être ouvertes à tous types de professionnels qu'ils soient administratifs ou pas.

ANNEXE 2

RETRANSCRIPTION ENTRETIEN 2 :

1) Comment avez vous été amenée à intégrer le groupe de travail « éthique et bientraitance » ?

C'est moi qui ai demandé à faire partie de ce groupe parce que j'avais de l'intérêt pour le sujet et que par rapport à la conduite d'un projet que j'ai mené pendant huit ans à temps plein, il me semblait que certains sujets pouvaient être travaillés dans cet optique de la bientraitance et de l'éthique. Compte tenu aussi que j'ai des antécédents de responsable qualité, c'est des sujets auxquels je suis sensibilisée et que la bientraitance, c'est un critère maintenant de certification. Donc il me semblait que par rapport au projet mené, il était intéressant de rentrer dans cette boucle là pour travailler dans ce sens là avec notamment la perspective des certifications.

2) Concernant le terme de « bientraitance » : qu'est ce que cela vous évoque instinctivement ?

La bientraitance pour moi, c'est un état d'esprit, c'est l'ouverture aux autres, c'est s'attacher à une certaine empathie, c'est s'attacher à comprendre les besoins de l'autre sans même qu'il les exprime. Mais ça passe plus par un état, un savoir être que par un ensemble de protocoles même si toute organisation à l'hôpital est plutôt protocolisée. Je pense qu'il faut arriver à faire passer un certain état d'esprit, un certain savoir être.

- vous êtes une sorte d' « hybride », ancienne soignante et aujourd'hui une administrative. Pensez-vous que cela ait un poids dans votre appréciation et l'intérêt que vous portez à la bientraitance ?-

Je pense que ce sont mes antécédents de soignante et de soin de terrain parce que d'abord on ne choisit pas un métier par hasard, on a aussi cette empathie aux autres, cette volonté de soigner, c'est quelque chose qui est pour moi ancien. Je me suis toujours destinée à des métiers de la relation d'aide aux autres, j'ai exploré différentes pistes, j'ai fini par passer un diplôme de sage femme. Donc je pense que c'est mon métier de soignante qui m'a plus sensibilisée à cela ; c'est vrai que l'éthique est un sujet qui m'intéresse à titre personnel, la philosophie,

tout le coté réflexion mais c'est je dirais essentiellement pour moi une science humaine. Effectivement je suis une sorte d'hybride, de différentes composantes de l'hôpital.

3) Avez vous effectué une formation à la bientraitance ou des recherches ?

J'ai suivi, dans le cadre des journées d'éthique de l'assistance publique, des conférences, j'ai assisté à quelques entretiens mais je n'ai pas eu de formation en tant que tel.

4) Comment feriez vous une définition simple de la bientraitance ?

La bientraitance c'est tout ce qui peut être mis en place autour d'un patient en restant dans le domaine hospitalier, pour lui assurer un confort et une sécurité maximale. Et cette sécurité peut aussi être psychologique, nous ne sommes pas seulement dans la sécurité des soins au sens protocolaire du terme. C'est plutôt un petit mot, un geste qui font parti de la bientraitance et cela ne se protocolise pas. C'est un état d'esprit.

[Lecture de la définition officielle de la bientraitance par l'HAS]

5) Que pensez vous de cette définition officielle ?

C'est large. Tous les mots clés sont regroupés, c'est une sorte de quota de mots clés. Bientraitance c'est plus qu'éviter la maltraitance. Je trouve qu'il y a tous les mots clés qui vont bien, on retrouve tous les volets de la bientraitance. C'est vrai que c'est élargi au domaine de l'entourage et de la famille du patient et c'est vrai que c'est important. Le patient n'est pas qu'un individu isolé, c'est une famille, un couple, les parents, les enfants de quelqu'un, c'est important de prendre aussi cette dimension là, ce que ne savent plus très bien faire nos jeunes médecins me semble-t-il, ils sont tellement spécialisés dans leur discipline ; et cela fait aussi parti de la bientraitance, c'est une prise en charge globale et c'est dit dans le texte.

6) Considérez vous que la bientraitance est un volet des projets médicaux et de soins de l'hôpital ou est ce ou devrait être une notion plus englobante ?

C'est quelque chose qui devrait être à la fois l'objectif et la base de nos pratiques. Dans nos pratiques on devrait toujours se poser la question « est ce qu'on est bientraitant vis à vis du patient ? », « est ce que tel protocole médical ne génère pas une très grande souffrance du patient ? », « les protocoles thérapeutiques qui sont lourds et difficiles, est on sur qu'on ne peut pas amoindrir les conséquences de ce traitement ? ». Si on est tout a fait convaincu du bien fondé de la thérapeutique, « que peut on mettre en place autour pour amoindrir les désagréments, les vomissements ou des douleurs ? ». La bienveillance devrait être complètement présente dans l'esprit des soignants quels qu'ils soient, j'englobe les personnels médicaux et non médicaux ; et se dire on fait cela pour le patient, pour le conduire vers un état de santé avec un minimum pour lui de désagrément. C'est souvent cette dimension humaine qui n'est pas suffisamment prise en charge. Pas du tout ce ne serait pas vrai mais on ne s'occupe pas tellement de savoir si on peut faire mieux en terme d'intrusivité, d'agression vis à vis du patient, que ce soit une agression purement physique ou psychologique. Travailler l'annonce d'un diagnostic, savoir comment annoncer à quelqu'un qu'il a une maladie très grave, cela fait aussi parti pour moi de la bienveillance mais c'est à la fois la base de la pratique médicale. C'est pour ça que je suis allée à Angers dans un laboratoire de simulation de prise en charge, à la fois des prises en charge de soin sur des mannequins, donc la mise en œuvre de protocoles extrêmement précis, des protocoles techniques et parallèlement à ces séances de formation il y a également des entraînements d'annonce de diagnostic avec des comédiens qui rencontrent des professionnels, que ce soit des médecins diplômés, des étudiants en médecine et même des non médicaux, en situation de simulation pour apprendre, débriefer la façon dont le médecin avait annoncé un diagnostic grave. C'est une excellente pratique médicale mais c'est intégralement du domaine de la bienveillance. Donc cela devrait être à la base de notre souci permanent, parfois on oublie cela, on le met après la performance médicale ou scientifique.

7) Lorsque les soignants répondent « être bien traités pour être bien traitants », qu'est ce que cela vous évoque ?

C'est valable chez les soignants comme chez toute catégorie. Chez les administratifs c'est pareil, même les administratifs de haut rang, je trouve parfois nos directeurs pas toujours bien traités par le siège de l'assistance publique donc j'imagine qu'il y a toute une cascade de non bienveillance. C'est le mot « travail » qui peut être en difficulté mais dans les métiers aussi exigeants que ceux de soignant, justement la dimension d'empathie, de vigilance vis à vis de la bienveillance et de l'accompagnement de ces malades est particulièrement important et exigeant et si la personne elle même est en souffrance c'est sur qu'elle n'aura plus la disponibilité d'esprit, l'énergie pour être ouverte sur les autres et sera juste centrée sur elle même pour guérir ses propres blessures et de se blinder par rapport à un environnement qui lui est hostile. Ce n'est pas seulement

être gentil avec une soignante, c'est aussi savoir qu'elle sera mieux et plus disponible pour le patient, cela fait aussi parti de la stratégie du cadre et du management d'équipe. En tant qu'ancien cadre, je le vois comme cela. En tant que professionnel, il y a aussi cette dimension de quelqu'un qui est bien à sa place, qui est compétent dans ses fonctions, qui se sent reconnu et respecté dans ces fonctions là est plus disponible pour des patients qui sont au cœur de notre histoire. C'était le slogan de l'assistance publique « le patient au cœur du dispositif ».

ANNEXE 3

RETRANSCRIPTION ENTRETIEN 3 :

1. Comment avez vous été amené à intégrer le groupe de travail « éthique et bientraitance » ?

J'ai été sollicité, à la fois par mon cadre supérieur « gestion des risques » et en lien avec de nombreuses discussions qu'on a pu avoir par rapport aux services, par rapport aux pratiques de soin, par rapport à ce que j'ai fait avant de venir dans cet établissement. C'est en plus un sujet qui m'intéresse.

2. Concernant le terme de « bientraitance » : qu'est ce que cela vous évoque instinctivement ?

Bien. Bien-être. Bien.

3. Comment feriez vous une définition simple de la bientraitance ?

De manière basique, bientraitance c'est prise en charge globale du patient, satisfaction de tous ses besoins fondamentaux en le respectant lui, son entourage et lui offrir un environnement à l'hôpital qui soit tant par les équipes que par les locaux, accueillant. Qu'on soit dans l'empathie en fait. Qu'on soit contents, nous soignants, d'accueillir un patient.

4. avez vous effectué une formation à la bientraitance ou des recherches ?

Oui. Une formation « bientraitance-maltraitance, concepts actions exemples » que j'ai fait il y a peu, juste après ou juste avant avoir intégré le groupe de travail sur la bientraitance et je m'étais dit que c'était bien de me remettre un peu dans les concepts HAS, ce qui se fait. Cela a été très enrichissant car nous avons un cadre expert qui nous a parlé de plein de cas de maltraitance, et je trouvais ça aussi très intéressant parce que ce qu'on peut facilement oublier lorsque l'on est face à un cas de maltraitance, c'est de se focaliser exclusivement sur la victime et pas du tout sur celui ou celle qui a fait. Et je trouvais cela bien traitant justement.

5. Que pensez vous de cette définition officielle ?

C'est un peu administratif. Je pense que si on veut que la bientraitance, pour l'avoir entendu ici et aussi ailleurs dans mon ancien service, j'ai peur que ce soit un thème à la mode si je puis dire et que ça y est l'HAS a donné une définition, ça y est bientraitance bientraitance bientraitance. Sauf que je pense que, enfin je suis sûr que la bientraitance ne doit pas être une question de phénomène de mode, de certification, c'est quelque chose qu'on doit porter comme valeur professionnelle, aussi simple que ça mais on en est loin.

6. Considérez vous que la bientraitance est un volet des projets médicaux et de soins de l'hôpital ou est ce ou devrait être une notion plus englobante ?

C'est en en parlant souvent et régulièrement que ça rentre dans les bonnes pratiques, si on en parle une fois de temps en temps on passe à autre chose donc qu'on en parle au sein de l'établissement oui car c'est aussi montrer que ce n'est pas quelque chose de tabou mais je pense qu'il faut pour le coup en parler tout le temps, c'est quelque chose qui doit être pérenne. La démarche de bientraitance ne doit pas s'arrêter, comme notre projet de soin qui s'arrête en 2019 et en 2020-2025 ça y est on prend un autre projet de soin et la bientraitance disparaît.

Par exemple, avant j'étais en EHPAD, il y avait un groupe bientraitance initié depuis quelques temps et ce que je trouvais bien, qui pourrait faire le lien justement avec le fait de ne pas oublier la bientraitance dans nos pratiques quotidiennes, était systématiquement agrafé avec chaque fiche de paye, tous les mois il y avait une lettre d'information sur la vie de l'établissement et en systématique il y avait un encart bientraitance avec une action du mois ou un principe. Encart bientraitance systématique et je trouvais cette idée pas mal car justement, pour l'avoir vu dans d'autres lieux, pas nécessairement en lien avec la bientraitance, mais on aime bien quand on est acteurs de soin voir les arrivées les départs, des choses qui mettent de la vie et je pense que la bientraitance a une carte à jouer par rapport à cela. Justement quelque chose qui soit intégré en systématique. Il faut faire attention à la formulation, je pense qu'il ne faut pas non plus le banaliser. Ce n'est pas ambivalent ce que je dis mais ça ne l'est pas. Entre trop en parler mais pas trop en même temps, il faut le juste milieu. Et je pense qu'il ne faut pas que ce soit tabou et qu'il doit y avoir une lisibilité : qu'est ce qu'on met derrière au delà de la définition de la HAS ? D'accord la HAS pose une définition mais théorie-pratique, dans la pratique de quelle manière

l'établissement va s'approprier cette démarche, qu'est ce qu'on va faire passer comme message aux équipes car évidemment quand on dit bienveillance certains vous répondront maltraitance, parce que c'est noir et blanc mais je pense qu'il faut bien expliciter ce que l'on met derrière. Car cela peut très vite partir dans tous les sens, les professionnels peuvent être virulents les uns vis à vis des autres et profiter de ça, je pense que ça peut finir en pugilat car c'est quand même un dossier sensible. Pour en avoir échangé avec certains dans l'établissement qui parlent de bienveillance ils parlent également de maltraitance du professionnel.

7. Lorsque les soignants répondent « être bien traités pour être bien traitants », qu'est ce que cela vous évoque ?

Je ne suis pas sûr qu'on puisse coller les deux. Je pense que cela peut être probablement être un peu plus facilitant mais qu'on ne peut pas faire un copier/coller. Quelque part, ce n'est pas facile, quelqu'un dans mon équipe est maltraité à la maison mais n'est pas maltraitant sur son lieu de travail... C'est inévitablement cela quand je disais d'avoir une visibilité, c'est une des questions auxquelles il va falloir s'attendre de la part des professionnels. Et justement la bienveillance c'est un comportement, une valeur que l'on doit porter, défendre, et si on n'est déjà pas bienveillants et bienveillants entre nous, qui va l'être. Je pense que c'est lié et pas lié, c'est inévitable la question se posera nécessairement.

Vous appuyez là où ça fait mal et c'est pour ça que je pense qu'il faut être beaucoup plus précis dans la définition de la HAS parce que là je peux vous citer de nombreuses situations maltraitantes ou potentiellement maltraitantes. Vous rentrez dans mon bureau et ne me dites pas bonjour ça peut être de la maltraitance. Il faut vraiment bien poser le cadre. Et aime bien aussi le côté maltraitance ordinaire car je pense que la dérive est là ; je rentre dans la chambre comme si j'étais chez moi, sauf que ce n'est pas ma maison mais ce n'est pas non plus celle du patient donc c'est quelque chose qui est commun, qu'on se partage. Mais il faut le poser, le nombre de soignants qui frappent avant de rentrer dans une chambre, je ne suis pas sûr qu'il y en est beaucoup.

En France on est très en retard je pense. La notion de bienveillance, je suis cadre depuis 2007, j'en ai entendu vaguement parlé pendant mes années d'infirmier de façon lointaine par ma mère qui travaillait en gériatrie, j'étais à l'époque en pédiatrie et après je n'en ai plus entendu parlé. J'ai travaillé dans un EHPAD avant de venir dans cet établissement et là bas bienveillance à 200% et quand j'étais cadre aux urgences on n'en parlait pas et cela me fait un peu peur car je pense que c'est inévitablement une question de soignant le côté phénomène de mode, « on en parle parce que c'est la mode et dans un an ou deux on passera à autre chose » ; c'est ce qui me dérange. Aux urgences adultes, il y a beaucoup de situations maltraitantes. Un exemple qui m'avait beaucoup choqué, une enquête avait été ouverte car un monsieur avait été collé au matelas donc il ne se levait plus. Cela a choqué tout le monde mais cela aurait pu lancer une réflexion

institutionnelle là dessus, ce qui n'a pas été le cas. Et c'est dommage ; ca fait un peu copier/coller avec le patient traceur et la V2014 même si ce n'est pas que ca mais inévitablement les gens vont faire le parallèle. Mais c'est un vrai sujet et un vrai combat de tous les jours la maltraitance ordinaire.

ANNEXE 4

RETRANSCRIPTION ENTRETIEN 4

1) Comment avez vous été amené à intégrer le groupe de travail « éthique et bientraitance » ?

Ce groupe a été proposé par la direction et la direction dans sa conception des choses avait considéré que la pratique des soins palliatifs était un élément de bientraitance puisque c'est une médecine qui s'occupe du confort, des malades etc. Au début cela m'a un peu surpris car je pense que la maladie est violence, je pense que l'institution hospitalière est violence par son mode de fonctionnement, sa réalité et dans mon esprit, la médecine c'est chercher à rétablir le bien-être donc c'est quelque chose qui a nécessairement à voir avec la bienfaisance. Bientraitance c'est un mot qui me fait rire car on est dans l'intention, « je le traite bien » bon d'abord « je le traite... », ça chosifie un peu les choses, et puis bien qu'est ce c'est je ne sais pas trop. J'y suis allé parce qu'on me l'a proposé et j'ai de l'estime et du respect pour la personne qui me l'a proposé donc j'y suis allé mais je trouvais qu'on se faisait du bien à soi, on se donnait bonne conscience.

Après le groupe a été repris donc j'y suis allé pour des raisons institutionnelles et ensuite plus pour des raisons amicales et affectives. Je joue le jeu mais je trouve que l'institution cache la misère de toute la violence quelle génère et essaie de prétendre quelle protège les personnes de la difficulté à être malades ou de la difficulté des souffrances auxquelles on peut être confronté par une très belle intention que je partage qui est d'essayer de rétablir du bien, du bien-être, mais bientraitance est un mot d'énarque, de bureaucrate derrière lequel on voudrait nous amener à mettre en place des attitudes ou des actions qui seraient protocolisées. Ce qui m'intéresse, dans la relation que je peux avoir avec les personnes dont je me préoccupe, c'est en quoi cette relation participe à la soulager, à la reconforter, à lui apporter quelque chose qui pourrait être de l'ordre du bien-être. Mais pour moi tout cela c'est des choses qu'il faut réfléchir, « je vise le bien de mes patients » mais quand j'ai dit ça j'ai dit quoi ? Pour des raisons institutionnelles je suis dans l'idée de faire du bien aux enfants, aux parents, mes collègues qui sont parfois dans des situations difficiles. Je fais tellement plus simplement sans bavarder dessus. Je suis probablement dans une idéalité par rapport au métier que je fais, ce qui le rend pour moi très passionnant.

Mais c'est naturel. Pour moi, la bientraitance ça devrait être a première attention, c'est ce qui créé le lien entre deux individus, comme je pense qu'on ne peut pas vivre sans l'autre puisque sans l'autre on ne sait pas qui on est, si je ne le traite pas bien je ne pourrai pas avoir la possibilité d'exister autrement que physiquement.

2) Concernant le terme de « bienveillance » : qu'est ce que cela vous évoque instinctivement ?

J'ai un sourire narquois. Cela me parle car je comprends ce que veulent dire les gens, mais bienveillance je dirais que cela me fait réfléchir, ça me rappelle un peu ce pourquoi je suis là pour si possible bien traiter, d'abord donner le juste traitement, donner le juste soin, être dans la juste position, dans une attitude qu'on dirait bienveillante. Pour moi, c'est de la solidarité mais j'ai aussi envie de dire, avant d'être de la solidarité c'est peut-être un des objectifs du « vivre ensemble ». Un moyen, un outil mais on bureaucratise trop. J'ai à la fois ce côté plutôt positif qui est oui cela redit de ce pourquoi on est dans ce métier, de ce pourquoi on est là, ce que l'on doit viser à faire et en même temps j'ai le côté négatif qui me dit qu'on veut encore nous faire « cocher des cases » et on va être dans le politiquement correct parce que parler de la bienveillance c'est bien mais si on a encore des salles d'accueil qui sont remplies à ras bord car on n'a pas les conditions pour décliner au mieux les choses, pour pouvoir bien traiter les patients il faudrait déjà que les personnels soient un peu considérés et pas que comme des machines à produire. Dans cette société d'immédiateté, de superficialité, de virtualité, il y a de l'habillage.

3) Comment feriez vous une définition simple de la bienveillance ?

Dans l'idéalité, la bienveillance serait pour moi considérer l'autre comme un autre soi-même mais sans chercher à ce qu'il soit le même à moi, je cherche ce qu'il a à me dire lui de l'humain, il a autant d'importance que moi voire même plus. Et lui va me dire des choses qui vont me permettre de ne pas oublier que je suis un être humain et que lui en est un autre et ensemble on va écrire quelque chose de l'ordre de l'humain et c'est lui, de par sa présence, me reconforte et me sorte de cette inquiétude permanente que l'on peut avoir. Il me fait du bien et réciproquement moi je suis immédiatement appelé à être bienveillant. Vous tombez, même si ça me fait rire sur le moment parce qu'il y a un côté comique je vais tout de suite me précipiter pour vous aider à vous relever, et si vous êtes douloureux j'essayerai de vous soulager ; il y a une espèce d'appel à la rencontre qui nous met dans un moment humain partagé.

Et puis la bienveillance ça a voir avec la solidarité, avec la reconnaissance de l'autre et ça a à voir avec la façon décrire le plus doucereusement possible ce que c'est que vivre et puis en même temps, c'est pour moi un des rares outils qui nous permettent d'être en capacité de se rassurer dans l'être au monde, être au monde ce n'est pas facile mais cela nous sort de cette solitude tout en nous permettant de rester dans notre singularité. Mais le bien, le suprême bien c'est un peu un pari ; c'est quelque chose de l'ordre de l'intention, de la belle intention. Si

on pouvait le résumer, la bientraitance c'est peut-être l'approche concrète u soucis de l'autre.

- quel terme serait plus adéquat que bientraitance ?-

Justement, c'est une excellente question. Comme médecin, je n'essaie pas de bientraiter mes patients au fond, j'ai envie d'être plutôt contenant, réconfortant, solidaire et j'essaye d'être dans le juste soin c'est-à-dire que j'essaye de répondre au mieux que je le peux, dans mes limites, à la demande qu'ils me font. Quand je fais mon métier, je me considère comme dans une rencontre avec un autre et nous sommes dans un échange. J'ai la chance d'avoir fait des études et d'avoir appris des éléments de techno-sciences et ma responsabilité c'est de mobiliser tout cela pour que cela l'aide lui à retrouver un état de bien-être, en tout cas que lui se sente bien dans son corps. Au delà de ça, je me dis que ma techno-science peut être un peu violentante donc c'est essayer de faire en sorte que ce que je vais lui proposer lui fasse quand même plus de bien que de mal, le moins de mal possible c'est-à-dire de ne lui entrainer que le minimum de souffrance. Mais je sais bien que quand je propose tel examen, c'est quelque chose qui est en effraction pour la personne et quand j'évoque tel diagnostic, je l'effraie, je le déstabilise et j'essaie de le retenir, notre métier est très ambigu. On veut faire le bien, on le vise mais parfois on bouscule mais si nous ne bousculons pas on ne pourra pas atteindre ce bien que l'on vise ; bientraitance c'est responsabilité, c'est viser quelque chose qui parfois n'est pas facilement accessible, qui est répondre à l'attente parfois folle- le mourant qui vous dit vouloir vivre- comment peut on le bientraiter ? Peut-être que dans la bientraitance il y a un autre bras qui est celui du juste traitement, du juste soin, de la juste place, et peut-être la juste conscience de nos limites. Je ne sais pas grand-chose, je ne peux pas tout et moi même j'ai beaucoup de fragilité mais qui ne m'empêche pas de vivre. Bientraitance c'est une intention d'être au plus près des besoins de la personne mais je nous soupçonne que tout passe par nous, on est très égocentrés et c'est peut-être le seul moyen que l'on a, cela est une grande question pour moi.

4) avez vous effectué une formation à la bientraitance ou des recherches ?

Non. J'y réfléchis. Mais une formation à la bientraitance, ca ne se protocolise pas ces choses là. Ma formation à la bientraitance c'est que j'essaye d'être, j'essaye d'apprendre à être, j'essaye de vivre et j'essaye d'apprendre à vivre et si possible en harmonie avec les autres. Je dirais que la formation à la bientraitance, c'est l'attention à l'autre, prendre du temps, ne pas penser le monde

autour de soi. Ca a à voir avec la générosité, c'est peut-être résister à la mouvance majeure que la civilisation nous donne.

Une formation à la bientraitance ne peut-être qu'une réflexion sur nos pratiques donc c'est mener une réflexion éthique mais pas qu'entre nous il nous faut des gens de l'extérieur, il nous faut des philosophes qui viennent justement nous extirper des mots, il faut qu'on ait des sociologues qui viennent montrer qu'on est dans un système, une mécanique qui ne sont pas des maux en soi mais qui sont une réalité humaine. on met des mots qui enferment, la bientraitance est quelque chose de général à laquelle on ne se forme pas, c'est quelque chose que l'on vise, et plus on le vise, plus on le réfléchit et donc plus on essaie de le penser vraiment, plus on va peut-être le décliner. Donc c'est un travail de tous les instants.

5) Considérez vous que la bientraitance est un volet des projets médicaux et de soins de l'hôpital ou est ce ou devrait être une notion plus englobante ?

Je ne sais pas ce qu'est un volet des projets de soins, c'est un terme administratif qui ne signifie rien. Le volet s'ouvre et se referme, le soin ne s'ouvre pas et ne se referme pas, le soin se définit comme étant un outil qui nous permet de répondre au mieux à l'attente de la personne, première élément ; deuxième éléments, c'est aussi ce qui marque le souci qu'on a de la personne. Quand j'ai dit ça, la bientraitance est omniprésente, elle est comme le sel dans la mer, c'est-à-dire qu'on le sent mais on ne le voit pas.

Et vouloir le mettre en mot, c'est une belle idée mais encore une fois on va arriver sur quelque chose de caricatural parce que si bientraiter c'est « dire bonjour à la dame », ce n'est pas de la bientraitance, c'est de la politesse. Et au delà même d'être de la politesse, c'est de la considération, c'est donc du respect. Le soin est construit à partir de visée un peu éthique, de visée humain et qui est elles mêmes font appel à des valeurs, c'est la part du savoir être et du soignant et ensuite il y a la part du savoir faire c'est-à-dire qu'on mobilise des techniques et parfois ça frotte et la bientraitance serait un petit peu : comment faire en sorte que tout mon « faire » puisse être cohérent avec tout mon « penser ». Mais le mettre en mot, on va nous faire des grilles et on va valider. On peut être très courtois et avoir mis en place des choses très sophistiquées et être dans tout sauf de la bientraitance.

On est dans une bientraitance apparente et pourtant on va imposer au malade des tas d'exams, des tas de traitements alors que l'on sait qu'on a des doutes sur la possibilité mais on va dire au patient que ça va marcher. Ou l'institution va dire « regardez on vous a mis des locaux neufs, on vous a mis des moyens qui vous aident beaucoup, vous avez les moyens de », on va dire aux professionnels « c'est bien ce que vous faites mais il faut il faut que vous fassiez plus avec moins de personnels », c'est cela la bientraitance ? Je vois la souffrance de mes collègues et j'entends ce qu'on leur dit et pourtant je n'ai pas d'animosité

avec nos administrateurs qui partagent des valeurs avec nous mais eux mêmes sont contraints par une société du paraître. A moins de gommer toutes les différences, l'illusion du risque zéro, la santé publique nous tue. Je comprends les démarches et je suis un peu ironique mais nous sommes de toute façon dans des contraintes ; tant que l'argent et le pouvoir primeront sur l'humain on en sera là, c'est ce qu'il faut remettre en cause.

[Lecture de la définition officielle de la bientraitance par la HAS]

6. Que pensez vous de cette définition officielle ?

C'est du verbiage, un amas de mots, une tentative de définition de ce qu'est le métier de médecin, le métier d'infirmière, le métier d'aide soignante, même la dame qui est à l'accueil et enregistre les consultations, elle prend soin du public. Le directeur quand il prend ses décisions, il n'est pas directement dans le soin technique mais ce qui doit l'animer, c'est e faire tout ça. Mais tout ça c'est des mots, des intentions, c'est du discours de santé publique qui fait un peu de droit, qui prétend avoir fait de l'éthique. Pour moi, la bientraitance il y a un peu de ça, mais tout ça quand on a dit ça on a rien dit, ça ne me parle pas. On a fabriqué des cases qu'on pourra cocher pour dire « on a fait ou on n'a pas fait », où est l'objectif ? Où est la personne ? Où est vraiment l'acte de soin ? C'est de la bureaucratie inutile, on veut protocoliser les choses mais non. La bientraitance à mon avis si on devait essayer de la définir, ce serait essayer d'être au plus près du besoin singulier de chaque personne malgré les contraintes, cela devrait être beaucoup plus humble, en limitant autant qu'on le peut les contraintes que nous pourrions rajouter ou en adoucissant les contraintes que le système et la réalité du système nous imposent. Arrêter de faire des gargarismes.

Par contre, je suis très content des éléments de réflexion qu'il y a dans le groupe de travail « éthique et bientraitance » parce que je pense que chacun avec son regard, son approche, sa sensibilité, on parle de façon belle et reposante de quelque chose de notre métier. Et on partage quelque chose, cela nous permet de nous retrouver dans une idée partagée, une idée commune, et certaines personnes m'éclairent et me font réfléchir et j'espère leur amener aussi un peu de réflexion. Mais certaines fois j'ai un peu l'impression qu'il faut répondre à ça parce que l'HAS nous l'a demandé... qu'il y ait une vérification des choses, je trouve ça normal mais le système est tellement contraignant et il y a tellement d'enjeux politiques, de finance, de survie parfois même pour les établissements que parfois nous, les professionnels du terrain, on a l'impression que notre direction nous demande de remplir des choses parce que l'HAS nous le demande et on peut faire n'importe quelle « erreur » à coté...tant que l'on a répondu à la question de la

façon dont l'institution, l'HAS l'attendait. On veut normaliser notre façon de penser les choses, on est dans l'immédiateté.

7. Lorsque les soignants répondent « être bien traités pour être bien traitants », qu'est ce que cela vous évoque ?

Bien sur. Ce n'est pas dans la souffrance, qui est la déshérence de la raison, l'idée de bienveillance, l'idée de bien ne vient que dans la raison. Alors que la raison puisse penser la bienveillance et puisse permettre de la réaliser, encore faut-il que la raison ne soit pas troublée par des tempêtes. Et lorsque l'on nous dit « il faut produire plus », il faut produire du soin il faut donc qu'il y ait eu une production de maladie avant. C'est quand même étonnant. La maladie est un fait ; qu'il faille mobiliser les ressources de façon la plus judicieuse possible pour pouvoir en faire profiter le plus grand nombre possible, oui c'est une très belle intention. Mais quand moi je suis face à un patient, je dois le penser lui dans sa singularité ; il n'est pas un malade en général, il est lui et le système aura beau me dire « il faut faire ci, il faut faire ça, il faut tout protocoler », non. J'ai vu un nombre d'enfants, de personnes jeunes, de personnes adultes mourir, j'en ai pas deux mourir de la même façon. Et c'est cela qui me rend supportable d'être confronté au mourir de l'autre. Je me dis que jusqu'au dernier souffle on est soi, dans ce qu'il nous est possible et ça me parle simplement. Et ça me mobilise.

Ce n'est peut-être pas la qu'il faut aller chercher la solution au problème, je pense que si on regardait vraiment la réalité des choses, qu'on voit les limites du système on ne pourra pas tout corriger mais qu'on les explique et qu'on accepte de reconnaître qu'il y a cette contrainte là. Je regarde un petit qui a tel ou tel handicap ou tel ou tel symptômes, c'est comme ça que je le regarde, est ce que je peux faire quelque chose pour ce symptôme. Si je ne peux rien faire contre ce symptôme, il faut que je lui explique pourquoi je ne peux rien faire, et comment je peux faire pour l'aider à vivre avec.

Ne pas rajouter des choses, c'est un peu Hippocrate, faire ce qu'on peut, soulager toujours et aussi de jamais abandonner, ne jamais trahir, ce n'est pas enfermer les gens dans une non réalité, chacun d'entre nous est capable de faire avec sa réalité, avec sa vérité. Mais sa vérité de la même réalité ne sera pas la même que je peux avoir mais ça ce n'est pas grave. On n'est pas obligé de s'uniformiser et de gommer l'altérité justement. Je pense qu'il y a quelque chose de cet ordre là, je ne sais pas le dire. C'est le secret de notre exercice, on est confronté à l'insupportable, donc nécessairement ce qui nous maltraite nous, il y a les exigences d'un système qui nous demande plus avec toujours moins et qui parfois nous demande l'impossible mais surtout on demande à l'hôpital de gérer des problèmes sociaux que la société génère elle même puisqu'elle a considéré que ce qui primait n'était pas le citoyen mais l'argent public. Le citoyen n'étant qu'un élément parmi tant d'autres. On s'est créé des élites. Mon souffle, mon énergie, c'est un sourire, un regard apaisé. Je pense qu'on se masque dans une

illusion, on se met dans une virtualité comme si on pouvait échapper à la réalité du monde, non. Je ne pourrais jamais vous empêcher d'avoir des peur, la seule chose que je peux faire c'est vous dire « derrière ça, il y a ça ». D'où l'importance aussi de rester dans une réalité, qu'est ce que l'on peut, qu'est ce que l'on ne peut pas.

ANNEXE 5

RETRANSCRIPTION ENTRETIEN 5

1) **Comment avez vous été amenée à intégrer le groupe de travail « éthique et bientraitance » ?**

Assez naturellement. Depuis une dizaine d'années, sur l'établissement et au travers du travail que l'on avait à faire pour la certification de la HAS, il y avait une thématique autour de l'éthique. Dans un premier temps, c'est l'un des directeurs de l'hôpital qui avait lancé ce travail autour de l'éthique parce que les professionnels étaient demandeurs, elle avait organisé une journée éthique avec le siège. Ensuite, nous avons eu le travail à faire pour notre certification V2010 qui s'est passée pour cet établissement en 2013 et on l'a travaillée dès fin 2012. A cette occasion, étant cadre en mission transversale qualité et gestion des risques j'ai travaillé avec le médecin nommé sur qualité et gestion des risques. Nous avons travaillé autour des réponses à faire pour notre auto-évaluation en regard de l'HAS. Nous avons travaillé ensemble à cela et nous avons évoqué aussi le travail qui était diffusé par l'HAS autour de la maltraitance ordinaire. Il y a eu plusieurs conférences organisées sur l'hôpital et une particulièrement au sein du pôle en 2013 qui était dans une journée pour nos paramédicaux et plus récemment, sur la mission « bientraitance » j'ai participé au groupe de réflexion sur « éthique et bientraitance » et dans ce travail on a établi plusieurs sous-groupes, on a préparé la journée paramédicale et un des sous-groupes portait sur qualité et satisfaction des patients et des accompagnants.

2015-2019, nous sommes en train de repartir pour un nouveau plan stratégique institutionnel et dans ce plan stratégique institutionnel on a un projet de soin qui est défini selon un certain nombre d'axes. Au niveau de la direction des soins, l'axe éthique et bientraitance, prévention de la maltraitance, promotion de la bientraitance apparaît et donc dans le pôle nous avons fait le choix d'élaborer une fiche d'action pour notre projet de soin qui nous permet de réfléchir et mettre en exergue les actions qui promeuvent la bientraitance dans nos pôles et puis certaines situations que l'on aimerait améliorer, parce que l'on sait parfois ne pas être tout à fait à l'écoute des attentes des patients. On va aussi beaucoup s'appuyer sur le travail qui se fait dans ce sous-groupe qualité et satisfaction des patients car le questionnaire tel qu'il est élaboré devrait nous aider à mettre en avant et mieux connaître les attentes des patients et des accompagnants et pas être en train de tout le temps projeter sur eux ce que l'on pense nous qui est bien, et parfois on est totalement à côté de leurs attentes. Là nous attendons beaucoup autour de cela, et autour de la satisfaction des patients, on a beaucoup travaillé entre 2011 et 2013 autour du recueil des questionnaires de

sortie en fin de séjour, on a aussi travaillé sur une recherche de la satisfaction des patients lorsqu'ils venaient pour des séances de biothérapie, d'hémodialyse, de dialyse péritonéale et en hôpital de jour et petit à petit par le biais du siège, au niveau de la direction des représentants des usagers et de la direction des patients, il y a eu une enquête en ligne qui a été instaurée et donc chaque patient qui transmet l'information de son adresse mail, qu'il vienne en consultation ou qu'ils soit hospitalisé, trouve à son retour une enquête en ligne. Plus dernièrement, on a travaillé avec la direction qualité à comment on utilisait ces supports, quel était notre niveau d'exigence dans la satisfaction puisque le siège proposait que 70% de conformité pour avoir un niveau de satisfaction et nous on a été plus exigeants que cela, on veut vraiment s'améliorer et on a pris l'habitude avec l'auto-évaluation de la certification de se baser sur les quotations HAS. Donc pour nous, la satisfaction vraie ce n'est pas moins de 90% de satisfaction, en deçà on doit s'améliorer, pour nous 70% n'est pas suffisant.

2) Concernant le terme de « bienveillance » : qu'est ce que cela vous évoque instinctivement ?

Pour moi c'est le bien-être du patient et l'accompagnant, le fait que les gens trouvent les réponses adaptées à leurs besoins au moment où ils sont dans leur situation de santé ou dans leur situation d'accompagnement. Et l'aspect un peu négatif sur lequel je souhaiterais que les équipes travaillent, c'est qu'aujourd'hui elles font un point à l'arrivée par exemple en début de séjour et ça vaut pour tout le temps, et il y a une difficulté pour les soignants à s'adapter à cette évolution soit par l'aspect prise en charge de la douleur, soit par l'aspect prise en charge plus large, aménagement de l'environnement, adaptation aux besoins de l'accompagnant, ouvrir certains secteurs à des visites sur le matin par exemple. Il y a tout un travail d'accompagnement des équipes.

C'est vraiment le bien-être pour moi du patient, de l'accompagnant et une réponse adaptée à ce qu'ils vivent à un moment donné et ne pas avoir une image à un temps T que l'on voudrait faire valoir pour tout un temps d'hospitalisation. Ce que l'on propose aux gens, ce que l'on entend de leurs demandes, pour nous cela doit être réévalué régulièrement, et aujourd'hui je sais tout à fait que ce n'est pas fait ou insuffisamment fait en tout cas.

3) Comment feriez vous une définition simple de la bienveillance ?

C'est une réponse aux besoins des personnes.

4) avez vous effectué une formation à la bienveillance ou des recherches ?

Honnêtement non. J'ai suivi une formation qui était celle de l'AP-HP il y a déjà une dizaine d'années. Pour avoir échangé avec quelqu'un qui l'avait fait plus récemment, les contenus n'avaient pas évolué et pour nous c'était une grande déception parce que c'était une formation trop généraliste et en disant on a quand même évolué, on a d'autres supports à notre disposition.

Et puis, la bientraitance pour moi prend ses racines dans la notion du soin et du prendre soin ; Walter Hasbeen a beaucoup parlé du « prendre soin » j'ai écouté plusieurs conférences ; mais vraiment je pense que pour nous soignants, la bientraitance c'est le regard que l'on porte et la qualité de l'observation que l'on peut avoir dans les réponses que l'on peut donner à la situation du patient à un moment donné ou à une demande qu'il ose formuler. Après je pense parfois avoir beaucoup hésité à le faire. C'est beaucoup la notion de prendre soin et du respect d'autrui qui est pour moi la base de la réflexion à l'éthique et à la bientraitance.

[Lecture de la définition officielle de la bientraitance par la HAS]

5) Que pensez vous de cette définition officielle ?

Je suis tout à fait d'accord. Moi je disais beaucoup le bien-être mais c'est vrai qu'il y a cet aspect faire attention à cet aspect privation de libertés, c'est pas nul parce que toujours pour avoir réfléchi pendant cette auto-évaluation de la certification, on avait par exemple les notions d'isolement de patient. Etre isolé, enfermé dans sa chambre ce n'est pas facile à vivre, nous soignants c'est très important d'expliquer en quoi c'est indispensable, pour les accompagnants c'est aussi expliquer pourquoi toutes ces précautions sont nécessaires. Etre assez convaincant quand on les sent un peu réticents à mettre en œuvre parce que c'est se protéger, pour eux mais aussi pour l'entourage qu'ils vont rejoindre le soir en rentrant. Et puis, il y avait un autre aspect aussi autour des régimes diététiques c'est-à-dire que suivant la culture à laquelle on appartient, il y a dans un sens des privations de libertés ; effectivement, se voir privé de sel, se voir privé d'un autre aliment qui est important dans notre culture, il faut être vigilant et bien être dans l'écoute, la reformulation, l'information, l'accompagnement et surtout entendre l'aspect par lequel ça peut être blessant voire difficile à vivre pour la personne intéressée voire l'entourage.

Quelques fois c'est des manières globales que le mal vécu s'instaure et parfois on dit vous allez être sans sel, vous allez être à jeun avec une banalité parce qu'on est pas dans ces questionnements et cette prise de recul. Et je crois aujourd'hui qu'il y a pour que les professionnels soient plus à l'écoute de ces dimensions là, un vrai travail sur la culture, sur la religion des patients à réaliser,

mais un vrai travail de fond. Avec une connaissance sur le plan culturel de l'impact que ça a dans les soins. Sur le plan religieux aussi d'ailleurs. Quand j'étais cadre supérieur en cardiologie, j'ai recruté plusieurs infirmières qui, dans leurs travaux de fin d'étude que ce soit en tant que puéricultrice ou en tant qu'infirmière, avaient réfléchi à cette dimension culturelle du soin. Donc je les ai laissées s'installer, prendre leurs repères dans le service pendant six mois et elles étaient quatre, il y avait deux aides soignantes qui étaient intéressées par cette thématique là et nous avons fait un vrai travail de fond sur plusieurs cultures, plusieurs religions. Et on a détaillé par les aspects culturels autour de la vie, la mort, la naissance, la douleur, la nutrition, la fin de vie et on a essayé de savoir et de concrétiser dans certains soins ce que cela prenait comme effet.

Par exemple, être obligé de couper des cheveux chez des africains alors que pendant les trois premières années de vie, il ne faut surtout pas les couper, c'était comment faire pour que ça puisse être préservé, quand on devait par exemple piquer en épicroânienne et raser le cuir chevelu de l'enfant pour partie, au lieu d'ostensiblement jeter les cheveux avec les compresses à la poubelle on les récupérait et on les donnait aux parents. Pareil pour le Coran qui est un livre précieux qu'il ne faut pas toucher, mais parfois l'une de nous devait le toucher, du coup on avait proposé aux parents de le mettre dans un sac plastique et quand on faisait la toilette, refaisait le lit etc. on le touchait et ça ne posait plus de problème. Ce sont des petites attentions, je pense auxquelles les gens sont sensibles qui ne nous empêchent pas de faire nos soins ; le leitmotiv « il faut bien qu'on travaille quand même », oui il faut bien qu'on travaille quand même mais on peut organiser le travail de façon à être dans le respect de la culture et de la religion de chacun. Ce travail avait été diffusé dans le service, on avait fait des conférences, on avait réaménagé le dossier de soin pour que justement dès l'entrée il y ait une information autour de la culture de la famille que l'on recevait et de sa religion et de ce qui était important pour eux. Et on regardait si il y avait un suivi dans les soins quotidiens par rapport à l'hygiène, la nourriture, la douleur etc.

Et c'est ce type de travail qui m'a convaincue de l'importance de cet aspect culturel et religieux et après dans les différentes missions que j'ai pu occuper après ce poste, je me suis aperçue combien nombre de professionnels étaient assez arides sur cette question là. J'ai eu à m'occuper comme co-directeur d'un diplôme universitaire de pratique en soin en pédiatrie qui était développé par l'établissement, nous avons réintroduit cet aspect culturel, on se disait qu'à chaque fois qu'on gagnait un petit peu par l'information et la diffusion de ce savoir auprès de professionnels, c'était toujours un petit point d'avancée. Et je pense vraiment qu'aujourd'hui dans nos plans de formations, il faut que l'on inscrive cet aspect culturel et religieux pour une meilleure prise en soin des patients et des familles. Au travers de notre fiche projet de soin pour les quatre années à venir, c'est quelque chose pour lequel on pourrait se lancer.

6) Considérez vous que la bientraitance est un volet des projets médicaux et de soins de l'hôpital ou est ce ou devrait être une notion plus englobante ?

C'est comme un grand chapeau. D'ailleurs la définition le dit, c'est une prise en charge globale et une façon de manager nos soins, et la prise en compte des patients et de leurs libertés qui doivent être une façon de penser au quotidien. De la même façon qu'on a appris à s'évaluer et à réfléchir la qualité ou à accueillir les patients dans un registre de recueil de soin en se basant sur une méthode qui pour nous à l'AP-HP était les besoins fondamentaux tels que les avaient décrit Florence Nightingale, finalement c'est un moyen mémo-technique de dire bonjour et au travers du bonjour et du questionnement que l'on avec le patient et de l'échange que l'on a avec la famille, ce n'est pas des questions qui sont inopinées ou parce qu'on pense à cela plus qu'à autre chose. Non, on doit aller dans le registre de tous les besoins fondamentaux ; quand je travaille un évènement Osiris j'ai toute une méthodologie qui permet de reprendre l'analyse de la situation, pour moi la bientraitance c'est pareil, c'est une forme de façon d'être, c'est une façon d'être respectueux pour le patient pour sa famille, justement penser à la privation de ses libertés et tout cela se retrouve dans toutes nos dimensions par rapport au respect de son identité, par rapport à la prise en charge de sa douleur, par rapport aux questionnements que l'on peut avoir sur ce qui est important pour lui dans la prise en charge de sa restauration etc.

A partir du moment où on met ça dans sa tête et où on le pense vraiment comme professionnel, la dimension culturelle s'installe là dedans de fait, la religion aussi mais aussi l'individu en tant que tel dans ses droits et ses devoirs ; dans ses droits qu'est ce qu'il privilégie en priorité, peut-être qu'on ne pourra pas répondre à tout mais si il y a une chose à laquelle on peut répondre, on fera le maximum pour donner réponse à son besoin prioritaire ou ce à quoi il attache le plus d'importance. Sauf que si on n'a pas cette attention là, on n'a pas la réponse parce qu'on ne lui posera pas cette question et même si on a les moyens d'y répondre sans que ce soit très compliqué de le faire, on passe complètement à côté. Et honnêtement, je pense que les gens ne nous demandent pas grand chose, en tout cas ils ne nous demandent souvent pas ce dont ils ont besoin, ils ne s'autorisent pas à le faire et il faut vraiment que l'on rentre là dedans avec une place accordée de fait aux usagers qui vont nous aider régulièrement ce qui ne va pas. On ne pourra être que grandis dans la qualité des soins que l'on pourra produire dans ce registre là.

Aujourd'hui on l'a bien compris, on est dans un contexte d'exercice de nos métiers qui est contraint, si on ne se donne pas à soi même du plaisir pour faire nos soins, c'est-à-dire être satisfait de ce que l'on va proposer à un patient, pensant tout le temps qu'on ne peut rien faire, que c'est comme ça et ça ne changera pas, sourire aux gens, dire bonjour ça ne coûte rien, penser à les solliciter si ils ont besoin, qu'est ce qui leur ferait plaisir. Par exemple, quelqu'un qui n'aurait plus de forfait de téléphone, lui amener un téléphone pour qu'il puisse communiquer avec

sa famille ou autre, ça ne va pas faire tomber l'hôpital que d'avoir une communication de deux minutes à payer en plus et du coup lui aura un sommeil peut-être de meilleure qualité et donc une capacité de récupérer plus importante et nous je pense que ça nous apporte une certaine satisfaction qui nous donne un certain ressourcement, de la motivation.

Ce sont des choses aussi simples que cela. Alors oui, dans l'ergonomie du soin il nous faut des équipements, dans la surveillance du patient, il nous faut des équipements, mais finalement même si cela coûte très cher, on voit que l'attente a été longue, parfois ça a été difficile mais dans le registre des équipements il y a une volonté du directeur de l'établissement de nous apporter un mieux, une fois que ce mieux est acquis, il faut que cela nous amène un ressourcement qui nous permette d'ouvrir plus largement notre champ de vision et notre champ d'action auprès des patients. Et pour moi la bienveillance c'est un grand chapeau dans notre domaine de prise en soin, dans notre démarche de soin, dans notre projet de soin, dans l'individualisation parfois de certaines dimensions du soin pour certains patients effectivement, il faut que l'on puisse aller jusque là.

7) Lorsque les soignants répondent « être bien traités pour être bien traitants », qu'est ce que cela vous évoque ?

Oui. Souvent ça prend racine dans nos modes d'attachement. Le bébé il a un mode d'attachement à ses parents, on a effectivement l'habitude d'entendre qu'un enfant qui a été maltraité peut être un parent maltraitant, quelqu'un qui a vécu dans la délinquance aura plus de chance de tomber dans la délinquance ; c'est vrai et c'est faux à la fois. C'est-à-dire que si on est attentif à tout ce dont je viens de parler, on ne se sent pas maltraité, si on est dans la recherche de la satisfaction du patient, de son accompagnant, ce que ça nous rapport en retour c'est tellement important, c'est plus bien souvent que le peu qu'on a donné et je ne vois pas comment on peut se sentir maltraité.

Après, quand on est soignant, on est des adultes au travail et si on se sent maltraité, de la même façon qu'on verrait quelqu'un être maltraité, il faut le dénoncer, c'est à nous d'agir pour nous même, je sais que parfois c'est arrivé pour certains professionnels, mais certains se sont emparés de cette affaire et ont fait ce qu'il fallait. Donc non je ne pense pas honnêtement que si on est maltraité on est maltraitant. Si effectivement on induit, le cerveau fait beaucoup ce qu'on lui demande de faire, que c'est possible, que si tu te sens maltraité tu peux être maltraitant, effectivement c'est l'ouverture vers tout et n'importe quoi parce que du coup on s'autoriserait pourquoi pas la vie et la mort sur les patients. Si on tombe là dedans, je pense qu'il y a un vrai danger et il faut mettre un grand girofard en disant « on ne va pas là dedans », tu te sens maltraité alors tu as des instances, tu as des recours dans le monde du travail, tu te prends en charge, tu as peur tu te fais aider, il y a aussi ce qu'il faut pour toi dans ce contexte de travail mais tu ne prends pas l'alibi d'être maltraité pour être maltraitant. Et je pense que

tout forme de maltraitance aussi faible soit elle qui peut être un tout début de déviance, doit être dénoncée pour qu'on ne laisse pas croire aux gens que cela peut être possible, parce qu'ils ont beaucoup de travail, parce qu'ils sont fatigués alors ils peuvent laisser les gens dans leurs excréments deux heures de plus parce qu'ils n'ont pas le temps. C'est impossible.

Je connais des équipes qui parfois ont eu vraiment beaucoup de travail et nous en tant qu'encadrement on a une responsabilité là dedans, c'est de déjà bien évaluer les charges en soin pour pouvoir apporter des effectifs nécessaires et surtout autoriser les équipes à appeler. Je leur dis souvent que lorsqu'ils sont de une demi heure en retard dans leurs soins, au delà cela ne se rattrape donc il faut appeler, voir sur l'étage si l'aide soignante peut aider pour un soin ou deux, une autre collègue qui elle n'aurait pas les mêmes difficultés, et si personne n'est disponible appeler son cadre qui revoit la situation car le partage des patients n'est peut-être pas équilibré, des patients lourds avec une charge en soin importante. L'encadrement a une responsabilité là dedans et si quand les professionnels ont besoin, se sentent entendus, il y a un soutien une réponse à minima qui est apportée, il n'y a pas de raison qu'ils soient maltraités. Pareil quand dans une équipe un cadre voit une collègue bien assise ou en pause alors que sa collègue court encore partout, effectivement c'est de ne pas accepter que cette personne soit en pause et vous dise j'ai fini mon travail, elle appartient à une équipe et doit avoir un souci de son collègue pour aussi être bientraitant les uns envers les autres, quand il y a du travail c'est pour tout le monde. Si tu n'as pas cet esprit là il faut refuser de travailler avec ces gens là. Il faut que le travail soit partagé, qu'il y ait une éthique professionnelle, une déontologie professionnelle, que l'on connaît et que l'on respecte. Ce par quoi les choses blessent aujourd'hui c'est que les jeunes professionnels ne connaissent pas bien leur texte, déjà leur texte de déontologie d'infirmière, je pense qu'elles ne le connaissent pas bien donc elles ne peuvent pas être dans le registre de faire respecter leurs droits au travail, à se faire respecter par la collègue, le droit à ce qu'on ne répète pas en sortant d'une réunion dans laquelle on a défini des règles disant que ce qui s'y dit y reste.

On a un code de déontologie on le respecte, après on est dans une démarche éthique, alors un peu plus loin dans le registre de la réflexion, j'ai envie d'être respecté comme individu je me fais respecté comme individu, mais à partir du moment où on ne sait pas ce à quoi on a droit, où sont les limites etc. on pense que ce qui nous arrive est normal. Il faut que les professionnels évoluent vraiment là dessus et puis sachent un peu l'histoire aussi, d'où on vient. Si je prends l'exemple de la prise en charge de la douleur, aujourd'hui les choses sont assez bien organisées, on a des prescriptions conditionnelles, on a le niveau de médicaments qui est prescrit, si je reviens vingt ans en arrière on avait rien de prescrit donc quand le patient disait avoir mal il fallait qu'on obtienne la prescription d'un médecin plus ou moins attentif à notre demande et nous devions nous battre. Aujourd'hui tout est défini, tout est décliné, on a ce qu'il nous faut. Si les professionnels savaient ce qu'ont vécu les patients et nous avec pour obtenir et se battre pour obtenir des prescriptions p soulager le patient, je pense de fait la

prise en charge de la douleur des patients serait mieux évaluée, et quand les traitements sont donnés, elles seraient mieux réévaluées. Aujourd'hui, on est dans l'à peu près, on pense que parce qu'on a donné un traitement, le patient ne souffre plus, c'est un postulat qui n'est plus valide. Si je ne vais pas voir l'effet que j'ai produit, je ne peux pas avoir satisfaction. Si je vais voir si j'ai soulagé le patient, je ne peux qu'être satisfaite de cette action là. Et ce ne sont que des petites touches qui font qu'on revient le lendemain motivé au travail. Ce sont des petits riens qui mis bout à bout font une somme de ressources en tant que tel et il ne faut pas les minimiser. Pour moi, tout cela participe de la bientraitance.

-pensez-vous que le terme bientraitance est bien choisi ?-

Oui car il dit à soi seul ce qu'il sous-tend même si il faut, de par sa définition, être vigilant à l'aspect privation des libertés qui est vraiment un aspect que l'on pourrait oublier facilement. Et déjà le fait de prendre en considération l'autre comme étant une personne importante en ayant le souci de veiller au mieux à ce dont elle peut avoir besoin, à y répondre de la manière la plus large, c'est bien.

ANNEXE 6

RETRANSCRIPTION ENTRETIEN 6 :

1. Comment avez vous été amenée à travailler sur le sujet de la bientraitance ?

J'ai été amenée à y travailler par hasard, complètement par hasard puisque je suis sortie de mes études de philosophie éthique en me disant que j'avais envie de faire de la philosophie éthique mais pas en salle de cours, du moins si c'était en salle de cours pas dans des enseignements au collège ou au lycée. Et donc à l'origine, j'ai eu une activité qui s'est orientée sur des champs spécifiques qui me semblaient mériter naturellement la réflexion éthique qui étaient les maisons de retraite, les hôpitaux psychiatriques et les prisons. Quand je suis sortie de mes études de philosophie, j'ai créé une association qui s'occupait de philosophie éthique dans ces champs là. On n'a jamais pu rentrer en prison en fait, c'est donc en psychiatrie et en gériatrie qu'on s'est spécialisé et je suis, si je puis dire, tombée sur le sujet de la maltraitance.

Alors le sujet non, la réalité oui ; alors laquelle on peut en parler si vous voulez, des phénomènes qu'on pourrait aussi qualifier de non droit ou de mépris de l'humain ou de burn-out ou de conditions de travail inacceptables ou de ce que l'on veut, il y a plein de manières de nommer la même réalité mais en tout cas je suis rentrée dans le sujet de la bientraitance par la maltraitance. Donc pour moi, ce concept a un intérêt, c'est sa résonance, le contraire étant dedans, c'est dépasser en conservant. C'est le lien qui m'intéresse dans le terme bientraitance. Pour le dire autrement, j'irai chercher du côté de Rémi Brague dans un livre qui s'appelle *Europe, la voie romaine* où il défend l'idée que l'Europe a la même caractéristique que l'empire romain c'est-à-dire que sa secondarité par rapport à la religion, par rapport à l'horizon culturel, par rapport à l'art et donc nécessairement dans le côté religieux, le catholicisme est après le judaïsme, dans le côté culturel la romanité est après l'art grec. Pour moi, toutes proportions gardées, la bientraitance serait seconde. Elle est seconde comme l'Europe est seconde, comme Rome est seconde par rapport à Athènes et au judaïsme. Il y a quelque chose d'une empreinte du mal ou du difficile ou de douleur ou du non fait ou de la violence, il y a tellement de choses, et c'est une espèce de tentative de créer quelque chose à partir d'un constat du manque et de la difficulté et de créer un concept qui n'existera jamais tout à fait, ce n'est pas un concept, dans une résonance qui ne sera donc pas la sollicitude, le « care », l'éthique, le prendre soin, la gentillesse, le professionnalisme.

Voilà comment j'ai croisé la bientraitance, en fait j'ai d'abord croisé la maltraitance et je me suis rendue compte qu'il y avait un moment où il fallait que

j'ai un mot à poser pour apaiser. Je ne pouvais pas continuer à juste constater. Et au fond le mot maltraitance était un mot très utile pour nommer, et on sait que dans le domaine psychiatrique, psychanalytique, dire fait parti des étapes du franchissement du problème, mais ça ne saurait jamais suffire. Et qu'est ce que je pouvais donc dire après, une fois que j'avais dit maltraitance ? Je pouvais dire rétablir un travail d'équipe, je pouvais dire le bon soin etc. mais finalement, je trouvais qu'une lignée, un mot qui s'étirait de l'autre mot m'allait bien. Et puis ce n'était pas un mot noble, ce n'était surtout pas un mot d'universitaire. Or, les mots d'universitaires avaient des cotés idéologiques qui me posaient aussi problème. Le mot d'éthique est notamment un mot qui n'est pas un mot d'auxiliaire de vie ; alors le mot bienveillance non plus mais comme ça c'est bien on peut tous se battre sur le mot le plus démocratique et donc Pascale Molinier dira que ce sera le « care », que finalement entre travail prescrit et travail réel, le « care » sera le travail réel et la bienveillance sera le travail prescrit, peut-être... mais j'aime bien l'idée qu'il y ait une mémoire du risque. Je n'aime pas l'idée qu'on arrive à un moment entièrement solaire, je n'y crois pas, ça n'ira pas avec ce que j'ai vu.

Conceptuellement c'est de bric et de broc, ça n'a aucune espèce d'unité, de cohérence, de fondement construit ni philosophique ni rien du tout, dans la recommandation sur la bienveillance, on a ramassé à nous des choses signifiantes pour les gens rassemblés pour former une espèce de consensus, quel consensus etc. mais il y avait un besoin d'appel d'air, et d'appel d'air de quelque chose de l'après, c'est quelque chose de l'après. Or le « care » n'est pas après, la sollicitude n'est pas après, il y a un élément de temporalité, c'est pour ça que je vous dis que cet élément de l'Europe seconde me parle.

2. La philosophie a-t-elle été un atout pour appréhender la bienveillance ?

Bien sur. C'est même à peu près le seul. Parce que la qualité aime l'amélioration continue donc elle est optimiste, la qualité raisonne avec le mal, elle ne nomme pas le mal d'ailleurs elle dit que c'est l'erreur. Quand il y aura faute, c'est l'employeur qui va gérer, on je sais pas très bien. La philosophie nomme le mal absolu, le mal radical. Or moi ce que j'ai rencontré dans la maltraitance, c'était des phénomènes que j'appelle du mal radical, on pourra se pencher sur certaines anecdotes si ça vous intéresse mais qui ne sont absolument pas de l'ordre des erreurs que la fameuse Roue de Deming va dénouer, pas du tout. Il y a des processus apprenant dans l'organisation, je le crois il y a des roues Deming à l'œuvre je l'espère et notamment quand on arrive à prendre acte que c'est sans issue et qu'il faut s'arrêter, au sein d'une famille il faut placer l'enfant ou au sein d'une institution il faut sanctionner la professionnelle.

Mais mis à part la philosophie, Adorno ou Arendt, qui pense le mal radical aujourd'hui ? alors oui Ricoeur va poser la question du mal, la théologie va poser la question du mal mais le droit pose la question de la transgression d'un droit

donc quand il y a peu de droit ou on ne sait pas très bien ce qu'est ce droit ou la personne ne le fait pas valoir, je trouve que la philosophie par excellence et la philosophie éthique en particulier, ait enfin la capacité de dire, de nommer ce qui se passe et nommer notamment que les camps de concentration c'était hier mais que notre maltraitance c'est aujourd'hui et qu'il y a des moments dans la sadisation du collectif, dans la victimisation systématique de certains publics que ce soit des adolescents obèses ou les malades d'Alzheimer sont des phénomènes récents, je vous parles des années 2000 pendant lesquelles je circulais. Comment nommer le mal radical sans la philosophie je n'ai pas trouvé. La presse ne nomme rien du tout, qui éparpille et exhibe quelque chose avec un sensationnel qui prive de la pensée et qui pour moi ne nomme pas dans cette fonction noble de l'analyse critique.

3. Concernant le terme de « bienveillance » : qu'est ce que cela vous évoque instinctivement ?

Je vous dis deux choses : je vous dis mémoire de l'ombre et donc on garde la vigilance dans le travail pour et avec l'autre et je vous dis collectif et donc management. C'est-à-dire la bienveillance n'est pas pour moi un acte individuel, n'est pas l'empathie, n'est pas je te touche la main, je te regarde, est ce que tu as mal, ce n'est pas cette sollicitude là qui est une sollicitude inouïe que personne n'oublie quand il la vit en état de détresse mais c'est un acte interpersonnel de sollicitude très émotionnel. Pour moi la bienveillance n'est pas du tout ça ; la bienveillance c'est quelque chose d'une construction collective qui tend à libérer chez chaque personne la possibilité de ça. Donc c'est tout à fait différent.

Donc pour moi, il y a deux termes clés, mémoire et vigilance de l'ombre et organisation du meilleur de chacun, ce qui signifie recrutement, formation, régulation, analyse des pratiques, sanction éventuellement, il y a plein de choses comme ça, puis leadership. Et le secteur public ne sait pas faire ça, le secteur public génère et multiplie l'impunité et malheureusement c'est faire plein de choses comme le recrutement, la formation, comme l'analyse des pratiques et tout ça mais alors coté impunité c'est une catastrophe, il y a une énorme transgression dans l'hôpital public. Or, il y a des moments où ce n'est pas possible. Bien sur que cet agent est en difficulté, bien sur que cette infirmière a fait trente ans de bons et loyaux services, bien sur ce chirurgien est merveilleux mais ça suffit. Je pense que l'hôpital public n'est pas forcément le mieux placé pour le faire.

4. Comment feriez vous une définition simple de la bienveillance ?

La bienveillance, c'est une organisation pensée pour une culture partagée du souci de l'autre.

5. Que pensez vous de cette définition officielle ?

Oui, j'ai été dans le groupe qui a élaboré tout ça donc oui. C'est long, ce n'est pas d'une intelligibilité totale mais oui ça rassemble, ce n'est pas que la personne c'est aussi son environnement. Si je devais ajouter, il y a l'environnement familial et les proches mais il y a aussi les proches, il y a les animaux, la couverture préférée. Mais oui en gros je souscris bien sur.

6. Considérez vous que la bientraitance est un volet des projets médicaux et de soins de l'hôpital ou est ce ou devrait être une notion plus englobante ?

C'est ce qui sous-tend l'ensemble pour moi, ce n'est pas un volet. Ce n'est pas la sous-catégorie c'est-à-dire que c'est le fil rouge pour moi, c'est la finalité d'ailleurs c'est comme ça que l'ANESM nous le dit, c'est la recommandation cadre. Pour moi, normalement la finalité d'un hôpital c'est guérir, je pense que dans les approches holistiques du cancer, des maladies chroniques, ce que disent les associations de patients et les patients, c'est « vous ne pouvez pas nous guérir et viser à quelque chose pour nous sans avoir intégré un certain nombre de données qui nous concernent qui sont justement globales » et donc parce que l'hôpital ne peut pas se permettre tout et n'importe quoi et a des moyens limités, des ressources limitées, des gens qui sont compétents ou pas, qui sont malades des 35h etc., ça aussi ça en fait parti. Pour moi il y a quelque chose de très concret, pratico-pratique, c'est pour ça que j'ai dit que c'est une organisation, c'est avec quel DRH vous faites ça, c'est dans quel temps, c'est avec quel droit, avec quel burn-out possible, peut-être etc. donc il y a tout ce paramètre là. C'est le fil rouge parce que dès lors que vous avez la vulnérabilité, ça va découler et il sous-tend l'ensemble des choses.

7. Lorsque les soignants répondent « être bien traités pour être bien traitants », qu'est ce que cela vous évoque ?

J'en pense qu'il y a du très intéressant parce que la maltraitance et la bientraitance ont ouvert le chantier des risques psycho-sociaux à l'hôpital et que justement cet amalgame, en terme conceptuel si tant est qu'il y ait un concept, en tout cas en terme notionnel, est un tout petit peu expéditif, nous dit des choses sur l'aspiration, et c'est pour ça que je vous ai dit que la bientraitance c'était tout autre, c'était l'autre, pour le coup ce n'est pas le patient ou l'utilisateur, c'est tout autre.

Contrairement à la maltraitance qui pour moi s'exerce envers une personne vulnérable dans une dissymétrie, quelqu'un qui est dépendant de vous ; quand on est dans le registre de la bienveillance, c'est tout autre. Et donc c'est logique qu'ils disent ça. C'est logique et après ça doit être traité avec rigueur. C'est-à-dire que le rôle d'un cadre c'est un, j'entends, deux, je discerne.

Donc je discerne que si vous êtes en train de me dire que vous n'avez pas le staff pour faire le boulot mais vous prenez trois quart d'heure de pause pour manger vos tartines dans le service de gériatrie, je n'ai rien à vous dire, je vous dois aucun compte sur votre qualité de vie au travail. Et peut-être que j'ai à penser la qualité du projet et le sens de ce que vous faites si finalement vous pensez que vous êtes beaucoup plus à l'aise en faisant trois quart d'heure de pause pour manger vos tartines. Mais pour moi, la demande que j'ai toujours vu sous ça, c'est un être écouté, c'est parfaitement légitime, deux à l'absence d'impunité et ça c'est quelque chose de redoutable. Après, c'est souvent un raccourci utilisé pour dire il faut suffisamment d'effectif, certes il y a des questions effectivement à se poser sur la qualité des locaux, la qualité des projets, la qualité de l'encadrement, la qualité de ce que l'on fait, qu'est ce qu'on y fait mais les effectifs en soi, je ne trouve pas que les ARS soient complètement tombées sur la tête avec les quotas donc qu'est ce qui se passe pour que cet hôpital ne les ait pas, pour qu'il fonctionne avec uniquement des stagiaires, uniquement des intérimaires. Alors oui la bienveillance ça veut dire qu'on a des professionnels qui sont accueillis, recrutés, formés et régulés comme tel ; non si ça n'est qu'une douceur sentimentale convivialo-familiale qui autorise tout et n'importe quoi sous prétexte qu'on est en famille et d'abord le silence sur la maltraitance parce qu'on est entre soi.

L'affectivité dans les équipes, si c'est ça, il faudrait savoir ce qu'ils entendent par ça mais on est entre nous, oui si c'est on n'a pas envie d'être changé tous les jours de service, on ne comprend pas, on ne peut jamais connaître la pathologie de la personne qu'on soigne ; non si c'est dix ans dans le même service et je refuse qu'on me change d'étage. L'humain s'attache alors quelle est la frontière entre la familial et le collage et si vous êtes dans le collage quand vous décollez vous allez arracher, ça va être violent alors que nous sommes dans un exercice professionnel qui ne devrait pas être fusionnel. Il faudrait en savoir un peu plus sur ce qu'être bien traité veut dire pour eux.