



INSTITUT DE FORMATION DE CADRES DE SANTE

Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

IFCS



CONCOURS D'ENTREE Session 2011

Epreuve d'admissibilité - COMMENTAIRE DE TEXTE -

DUREE : 4 HEURES

CONSIGNES

A partir de ce texte, rédigez un commentaire qui a pour but de tester vos capacités d'analyse et de synthèse et votre aptitude à développer et à argumenter vos idées par écrit.

Sont déclarés admissibles, les candidats ayant obtenu une note égale ou supérieure à 10/20.

Dictionnaire non autorisé. Aucun brouillon ne sera accepté.

réflexion

Quels destins possibles pour la bientraitance ?

■ Si le concept de bientraitance est incontestablement à la mode, la manière dont il se substitue à celui de maltraitance interroge ■ Quelle est la signification de cette évolution sémantique et que déduire de ce vocabulaire nouveau quant à l'évolution effective des pratiques professionnelles ? ■ Trois destins possibles semblent attendre le mot de bientraitance : incarner une figure du déni, devenir un fonds de commerce, ou, ce qui serait infiniment plus souhaitable, permettre un réel questionnement des professionnels ■ Mais ce troisième destin a ses exigences : il ne pourra exister sans une implication managériale convergente avec les impératifs éthiques de la bientraitance en matière de respect des personnes accompagnées.

ALICE CASAGRANDE

What are the different prospects for positive treatment? While the concept of positive treatment is undeniably fashionable, the manner in which it is replacing the concept of mistreatment raises questions. What is the significance of this semantic development and what should be deduced from this new term with regard to the effective development of professional practices? Three different prospects appear to await the term positive treatment: incarnating a figure of denial, acting as an asset, or infinitely more preferable, bringing about a questioning of professional practices. But this third prospect is not without its challenges: it cannot exist without managerial involvement focusing on the ethical requirements of positive treatment in terms of respect for people in care.

Le mot "bientraitance" résonne dans l'air du temps, des plans gouvernementaux aux recommandations de bonnes pratiques, de l'hôpital aux services d'aide à domicile, à la faveur de référentiels institutionnels ou d'ouvrages professionnels.

Que penser de ce néologisme qui rencontre un intérêt si vif ? Viendrait-il effacer commodément une réalité gênante, dont pourtant certains rapports récents rappellent la cruauté ? Serait-il une nouvelle technique de soin, une nouvelle idéologie, comme la gériatrie en connaît déjà bon nombre ? Trois destins possibles de ce concept peuvent être envisagés, tous aussi compréhensibles. Que pouvons-nous espérer en faire collectivement ?

LA BIENTRAITANCE, FIGURE DU DÉNI...

Le premier destin du concept de bientraitance est d'être une figure du déni. Les institutions qui se saisissent ainsi de ce concept font le pari que nommer ouvertement la maltraitance est trop risqué et ouvre la voie à une réaction défensive des professionnels. Ainsi, formations et colloques s'ouvrent-ils sur une tentative maladroite de substituer aux réalités professionnelles difficiles un vocable d'autant moins récusable qu'il s'affiche comme compréhensif et valorisant envers les équipes soignantes. La bientraitance est ici le

moyen de ne pas se laisser traverser par le doute ni par le questionnement sur les pratiques. Le mot doit resserrer, rassurer, fédérer les soignants. Il est censé attester de la confiance témoignée envers le travail accompli. Face à cette intention, la réaction professionnelle est le plus souvent sans appel. Nullement dupes, les équipes soignantes ne se sentent pas valorisées. Elles soulignent la supercherie et rejettent le concept au motif qu'il n'est pas fidèle à leur réalité. Interrogation sur le sens du métier, impression diffuse de manquer de moyens, perception douloureuse de ne pas être suffisamment reconnu, voire conviction profonde d'être contraint à mal faire, tels sont les différents sentiments qui conduisent à disqualifier la bientraitance.

... OU FONDS DE COMMERCE ?

Le second destin du concept de bientraitance est de devenir un fonds de commerce. À la faveur de son inscription au sein de la certification V2010 de la Haute Autorité de santé (HAS) et au premier plan des recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm), la bientraitance occupe une place de choix au menu des préoccupations des cadres et, de fait, de celles des consultants et formateurs. ►

MOTS CLÉS

- Bientraitance
- Éthique
- Exercice professionnel
- Management
- Personne âgée
- Respect
- Soignant

KEY WORDS

- Elderly person
- Ethics
- Management
- Nurse
- Positive treatment
- Professional practice
- Respect

NOTES

1. Compagnon C, Ghadi V. La maltraitance "ordinaire" dans les établissements de santé. Étude sur la base de témoignages. HAS, 2009 [www.has-sante.fr].

2. Anesm. Dans le cadre de l'opération "Bientraitance des personnes âgées accueillies en établissement" annoncée par le Secrétariat d'État à la Solidarité en octobre 2008, Valérie Létard a souhaité que les Ehpad s'inscrivent dans une démarche d'autoévaluation de leurs pratiques de bientraitance. En ce sens ont été élaborés par l'Anesm un questionnaire d'autoévaluation de la bientraitance des personnes âgées accueillies en établissement ainsi qu'un guide de remplissage [www.anesm.sante.gouv.fr].

3. L'usage du trait d'union au sein même du mot "bien-traitance" est préconisé en particulier par l'ensemble des professionnels et chercheurs à l'origine du concept. Ils y voient en effet la mise en lumière du nécessaire trait d'union entre toutes les parties prenantes du projet pour la personne vulnérable : professionnels, mais aussi parents, bénévoles, société civile, qui doivent être tous étroitement associés dans la recherche du meilleur accompagnement possible... ils y voient également le bénéfice de ne pas transformer le concept en slogan vide de sens.

4. Comité de pilotage ministériel de "l'opération pouponnières". L'enfant en pouponnière et ses parents. Conditions et propositions pour une étape constructive. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, La Documentation française, 1997.

► Les offres se multiplient ; des techniques anciennes s'y relient ; des professionnels multiples s'en déclarent les inventeurs. Face à ce fleurissement des propositions et des contenus, nombre d'institutions se trouvent emportées par le mouvement sans savoir précisément ce qu'elles souhaitent y trouver. Dans son questionnaire d'auto-évaluation annuel sur les pratiques de bientraitance à destination des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes² (Ehpad), l'Anesm demande de manière distincte si les professionnels ont été formés sur la thématique de la maltraitance et sur celle de la bientraitance. Dans le sillage de cette question, et non sans hésitation parfois, se mettent en place des journées, séminaires, colloques avec naturellement un succès inégal auprès des professionnels et par ricochet un impact variable sur l'accompagnement et les soins.

LA BIEN TRAITANCE ET L'OUVERTURE D'UN ESPACE CRITIQUE

Le troisième destin du concept de bientraitance est le plus rare et à mon sens le plus porteur. Il est celui qui s'ouvre lorsque la résonance entre le mot maltraitance et celui de bientraitance est entendue et assumée, et ainsi, lorsque l'espace est créé pour les professionnels afin d'avoir une réflexion critique, un geste de vigilance et, dans le même temps, pour inventer les occasions de rénover leurs pratiques. L'illustration m'en a été donnée de manière exemplaire par une professionnelle de la qualité suite à un séminaire que j'avais animé sur la bientraitance et lors duquel j'avais à de nombreuses reprises employé le verbe "tricoter" pour proposer aux participants un modèle de lien professionnel à restaurer au sein des équipes sur le modèle de la résilience. Rappelons à cette occasion tout le succès de ce terme qui mise sur les ressources intérieures à chaque être humain pour se réparer malgré les épreuves... mais non sans pouvoir impérativement compter sur le soutien extérieur fiable et sécurisant d'un tuteur de résilience. De même, nous pouvons constater à quel point dans les structures, pour être une démarche collective, la bientraitance a néanmoins, elle aussi, besoin d'un pilier - tuteur de bientraitance. Pour revenir à l'anecdote mentionnée ci-dessus, la professionnelle de la qualité avait ensuite eu l'idée d'aller faire du tricot le matin en compagnie des agents de service pour les écouter et bavarder simplement avec ces derniers. Quelques mois plus tard, celle-ci m'indiquait que les agents de service étaient heureux de ce moment d'échanges, l'en remerciaient, et qu'elle-même trouvait de fait son travail sur la qualité grandement

facilité. Il ne me serait jamais venu à l'esprit que le mot "tricoter" puisse être habité si littéralement ! Mais à l'évidence, l'intérêt ici était d'avoir pu faire naître ce sillon créatif.

TROIS DIMENSIONS INCONTOURNABLES

Quelle leçon tirer de cet exemple ? Comment garantir que le concept de bientraitance permette aux soignants d'évoquer leurs doutes et leurs indignations, de lever la loi du silence sur des actes inacceptables dont ils sont les témoins et de faire progresser concrètement leur accompagnement des patients ? Trois dimensions semblent ici incontournables : accepter la traversée du négatif, refuser de figer le concept dans des solutions définitives et intégrer impérativement les pratiques médicales et managériales au sein du questionnement.

Il Pour que la bientraitance garde un sens, sans doute n'est-il pas inutile de rappeler qu'à l'origine, les professionnels qui en ont eu l'idée se trouvaient devant des constats dramatiques. Le mot de bien-traitance³ a en effet surgi de la réflexion collective du comité de pilotage de l'Opération pouponnières⁴, au moment où ses membres devaient réfléchir au devenir déjà très incertain de très jeunes enfants ayant subi pour certains des violences physiques ou sexuelles et accueillis ensuite dans des structures elles-mêmes insuffisamment dotées pour les prendre en charge au mieux. Ce n'était donc nullement dans l'illusion ou la démagogie qu'a surgi le mot bientraitance, mais bien dans une atmosphère de recherche frangée d'incertitude et par moments menacée de découragement. De cela il faut se souvenir, car la même atmosphère peut advenir à l'hôpital ou en Ehpad. Visages empreints de doute, équipes asphyxiées par la conviction de mal faire, professionnels raidis et parés pour l'attaque si une famille s'avise de les interpeller... Il ne saurait être question de bientraitance sans traverser cette étape-là, et toute recherche de bientraitance commence par un socle d'authentique recueil des difficultés, des erreurs ou des mises en cause institutionnelles, fut-il éprouvant : « *Le médecin ne vient jamais aux réunions* » ; « *Le troisième étage vit en autarcie* » ; « *Voilà trois mois que nous attendons que les appels malade de l'unité soient réparés* »... Vouloir s'intéresser à « *la noblesse et la science thérapeutique de l'anodin du quotidien* »⁵, c'est accepter les traces de tout ce quotidien, y répondre et en répondre, car il n'y aura pas de noble projet de bientraitance sans souci du détail. Ces détails qui sont notre univers et tissent notre expérience au monde, ceux là même qui bâtissent pour les patients un univers inhumain : diagnostic annoncé sans précaution, absence d'écoute de la

Quels destins possibles pour la bientraitance ?

douleur, bruits de voix et de rires imposés à ceux qui aspirent au sommeil... C'est dans la mémoire vive de ce risque toujours réel que prend corps la bientraitance.

La traversée du négatif n'est et ne doit demeurer qu'une étape, sous peine de se transformer en posture de victimisation. Ainsi le rappelle Michel Wieviorka⁶ : les groupes qui se définissent par une identité de victimes, fut-ce d'un système, courent le risque de ne plus pouvoir y échapper, et en conséquence, de s'enfermer dans une situation sans issue, sans possibilité d'accès à une créativité, à une réinvention d'eux-mêmes. Cela est particulièrement important à retenir pour les soignants exerçant en gériatrie, qui ont derrière eux un passé de "soignants de second rang" face à la technicité de leurs collègues de réanimation ou des urgences. C'est ici que le projet de bientraitance peut prendre tout son sens, en identifiant les dimensions singulières par lesquelles les professionnels choisiront d'habiter leur mission. Ici, ce sera la création d'un jardin thérapeutique, là, un partenariat avec une école de psychomotriciens qui ouvrira la possibilité d'ateliers d'éveil sensoriel. Ailleurs, un spectacle de danse moderne conçu et joué par des personnes âgées avec des danseurs professionnels déliera les corps, fera marcher des "immobiles" et réunira les soignants comme les résidents autour d'un horizon commun. Une équipe choisira de se mobiliser pour emmener une ancienne marijère qui dépérit revoir son bateau au port, une autre, en unité de soins de longue durée organisera le retour au pays d'un patient en fin de vie auquel sa terre natale manquait. Le son d'un violon jouant Mozart, le toucher d'un chien qui pose sans réserve la tête sur les genoux d'un résident, mais aussi et encore l'odeur de la compote de pommes en hiver, les doigts légers de l'aide-soignante qui dans l'atelier esthétique caresse le visage en même temps qu'elle le maquille..., toutes ces expériences et tant d'autres naissent de l'esprit des professionnels et des bénévoles lorsqu'un espace de pensée et d'invention leur est laissé, lorsque les carences du management et de l'organisation ne sont pas trop stridentes.

S'avance ici la dernière dimension de la bientraitance : son interpellation directe des cadres et du corps médical. Disons-le sans réserve : la bientraitance est un projet managérial à part entière, au sein duquel une exigence structurée envers l'organisation doit permettre le déploiement d'une recherche permanente de la personnalisation. Il n'y aura pas de bientraitance possible si le corps médical et l'encadrement ne pensent pas et ne posent pas ensemble les jalons d'organisations

respectueuses des personnes accueillies. Il n'y aura pas de jaillissements de la bientraitance si les plannings sont inéquitables et donnent toujours aux mêmes des privilèges d'horaires ou de congés. Il n'y aura pas de créativité soignante si les équipes ne peuvent s'appuyer sur des projets médicaux qu'elles comprennent et qu'elles soutiennent. Comment attendre des professionnels qu'ils soient apaisants et accueillants avec les proches s'ils ne se sentent pas en sécurité et craignent que l'encadrement n'écoute que la version des familles et jamais la leur en cas de conflit ? Pourquoi espérer que des équipes sachent accompagner la douleur et la fin de vie si le corps médical déserte les lieux et refuse de répondre au téléphone la nuit pour les accompagner ? Comment espérer que les intervenants fassent et maintiennent le pari du sens d'une rencontre réelle avec les malades atteints de la maladie d'Alzheimer s'ils sont eux-mêmes entourés de non-sens : horaires non respectés par des infirmières auxquelles on n'ose pas rappeler la règle, voix cassante de celle qui pose le plateau du déjeuner et coupe ainsi l'envie de manger à tous les résidents, rythme de travail fantaisiste de l'agent d'entretien dont l'alcool, sans doute, tient lieu de fil conducteur, cadre de proximité incapable de parler sans aboyer... ? Tout groupe humain vit dans la menace de sa propre faillite lorsqu'il côtoie des personnes en souffrance et des moments si graves et douloureux comme la perte de la capacité de marcher, la nécessité de renoncer à vivre avec son animal, l'entrée progressive dans la désorientation définitive... pour ne citer que ces quelques illustrations.

CONCLUSION

Dès lors, la démarche de bientraitance repose tout d'abord sur la présence fiable et sécurisante des médecins auprès de leur équipe. Elle ne peut faire l'impasse d'une gestion des ressources humaines plus soucieuse d'équité et de reconnaissance que de paix sociale. Elle impose aux directeurs que la tarification à l'activité (T2A) ne conduise pas au management par l'activisme, c'est-à-dire une recherche effrénée d'actions et de projets au mépris d'un souci de continuité dans le temps, de liens entre les individus, de présence dans les lieux de soins et de vie. Car si l'absentéisme hante les budgets et les esprits, n'est-on pas fondé à penser qu'il n'est pas la source du problème mais bien le résultat d'une désertion, celle des responsables qui ont oublié la nécessité vitale d'être auprès des soignants et de construire avec ces derniers tous les espaces possibles où puisse résonner la voix déjà fissurée, mais pourtant si claire des personnes elles-mêmes ? ■

NOTES

5. Lemay M. La bientraitance à l'égard des professionnels. In Gabel M, Jéso F, Manclaux M. (dir.), Bientraitances, mieux traiter familles et professionnels. Paris: Fleurus, 2000 : 427-44.
6. Wieviorka M. La violence. Paris: Hachette, 2005.

BIBLIOGRAPHIE

- Arbus G, Rapoport D. (dir.) La bien-traitance au soir de la vie. Avancer en âge. Paris: Belin, 2009.
- Casagrande A, Délot C. Vieillir en institution. Témoignages de professionnels, regards de philosophes. Paris: John Libbey, 2007.
- Collectif. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Anesm, juillet 2008 [www.anesm.sante.gouv.fr].
- Collectif. Mission du directeur d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance. Anesm, décembre 2008.
- Collectif. Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile. Anesm, septembre 2009.

L'auteur n'a pas déclaré de conflit d'intérêts

L'AUTEUR

Alice Casagrande, déléguée nationale qualité, gestion des risques, promotion de la bientraitance, Croix-Rouge française (CRF), Paris (75) alice.casagrande@croix-rouge.fr