



Bientraitance : Approches du concept sens pour agir objet d'évaluation

Actes de la conférence

28 mai 2009

**Aix-en-Provence -
Hôpital Montperrin**

Juillet 2009

Sommaire

PROGRAMME	5
PRESENTATION DE LA RECOMMANDATION DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES : « BIEN TRAITANCE, DEFINITION ET REPERES POUR LA MISE EN ŒUVRE ORIANE DELIVRE, CHEF DE PROJET JUNIOR A L'ANESM.....	7
PRESENTATION DE L'INSTRUCTION MINISTERIELLE N°DGAS/2A/2007/112 DU 22 MARS 2007 RELATIVE AU DEVELOPPEMENT DE LA BIEN TRAITANCE ET AU RENFORCEMENT DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LA MAL TRAITANCE SERGE DAVIN, DIRECTEUR ADJOINT DE LA DRASS PACA	12
BIEN TRAITANCE / MAL TRAITANCE. AU-DELA DES CONTRAIRES, LE QUESTIONNEMENT ETHIQUE MARIE GUARRIGUE-ABGRALL, PHILOSOPHE, ESPACES ETHIQUES ET POLITIQUES, PARIS	15
BIEN TRAITER AUTRUI : DES SITUATIONS DE RELATIONS HUMAINES ET SOCIALES A CONTEXTUALISER FRANÇOISE BOUCHAYER, SOCIOLOGUE, ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SCIENCES SOCIALES, MARSEILLE	25
SITUATIONS DE MAL TRAITANCE. ANALYSER POUR COMPRENDRE, TRANSFORMER ET PREVENIR ELIANE CORBET, PSYCHOPEDAGOGUE, DIRECTRICE TECHNIQUE, CREA I RHONE-ALPES	27
LA DEMARCHE D'EVALUATION INTERNE DE L'ANCREAI : UNE DEMARCHE DE REFLEXION PARTICIPATIVE POUR L'ANALYSE DE L'ACTIVITE ET LA QUALITE DES PRESTATIONS, UN PAS DE PLUS VERS LA BIEN TRAITANCE COLETTE CALANDRE, CONSEILLERE TECHNIQUE, CREA I PACA CORSE	32
ILLUSTRATION DES PROPOS CI-DESSUS AVEC DES RETOURS D'EXPERIENCES	36
RETOUR D'EXPERIENCES DES ETABLISSEMENTS DE L'AVATH ERMITAGE 83 : « DEMARCHE D'EVALUATION INTERNE / ASSOCIATION DES USAGERS » LAURENT FISZBIN, DIRECTEUR DES ETABLISSEMENTS ADULTES, AVATH ERMITAGE 83.....	36
RETOUR D'EXPERIENCES DU SESSAD BOIS SAINT JEAN DE L'ADSEA 05 VERONIQUE SALVI, CHEF DE SERVICE EDUCATIF DU SESSAD BOIS SAINT JEAN, ADSEA 05	38
RETOUR D'EXPERIENCES DU FAM LE SIOU BLANC DE L'ARTEAI 83 : BIEN TRAITANCE DES SALARIES GENEVIEVE DEMAISON, CHEF DE SERVICE DU FAM LE SIOU BLANC, ARTEAI 83	39

Programme

9 h 00 - Ouverture de la conférence

Roland Canovas, Président du CREA PACA et Corse

9 h 15 - Présentation de la Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : « Bienveillance, définition et repères pour la mise en œuvre »

Oriane Delivré, Chef de projet junior à l'ANESM¹

La recommandation de l'ANESM sur la bienveillance a une ambition : celle de traduire la vision de trois grands textes récents porteurs d'un projet de bienveillance envers l'usager. Cette recommandation a donc une vocation de médiation entre des textes de loi novateurs d'une part, et d'autre part les projets institutionnels et les pratiques professionnelles concrètes qui pourront les incarner au quotidien.

9 h 35 - Présentation de l'Instruction Ministérielle N°DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bienveillance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance

Serge Davin, Directeur adjoint de la DRASS PACA

Améliorer la procédure de signalement, renforcer la fréquence et l'efficacité des contrôles, mettre en place une véritable politique de prévention et de promotion de la bienveillance.

9 h 55 - Bienveillance / Maltraitance. Au-delà des contraires, le questionnement éthique

Marie Guarrigue-Abgrall, Philosophe, Espaces Ethiques et politiques, Paris

Repères sur la notion de maltraitance. Penser la violence, refuser sa banalisation, sa normalisation. Au-delà des contraires, le questionnement éthique. De l'idéal soignant au soin « suffisamment bon », du moral au politique. Vers un idéal, l'humilité nécessaire ou de la « Bienveillance » à la « bien-traitance ».

10 h 15 - « Bien traiter autrui : des situations de relations humaines et sociales à contextualiser »

Françoise Bouchayer, Sociologue, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Marseille.

Les politiques publiques promeuvent la définition et la diffusion de normes de bonnes pratiques dans le secteur médico-social, notamment dans le domaine de l'aide et des services aux personnes. Il s'agira ici de porter l'attention sur la nature et les caractéristiques des situations d'aide à autrui qui, de fait et dans la réalité des activités quotidiennes et des dispositifs institutionnels, sont traversées par de multiples affects et paradoxes.

Echanges avec la salle

Pause collation

11 h 15 - Situations de maltraitance. Analyser pour comprendre, transformer et prévenir

Eliane Corbet, Psychopédagogue, Directrice Technique, CREA Rhône-Alpes

Méthode de « l'analyse de l'enchaînement événementiel » : promouvoir une approche qui ne soit pas centrée sur les seuls faits de maltraitance, mais qui inscrive ceux-ci dans un contexte interrogé dans une logique systémique. L'identification et l'évaluation des facteurs de risque sont un des éléments du système, et l'un des axes de travail à développer pour favoriser la prévention des situations de maltraitance.

11 h 35 - La démarche d'évaluation interne de l'ANCREAI : une démarche de réflexion participative pour l'analyse de l'activité et la qualité des prestations, un pas de plus vers la bienveillance

Colette Calandre, Conseillère Technique, CREA PACA et Corse

Le guide/référentiel PERICLES, outil pour l'évaluation interne des établissements sociaux et médico-sociaux. 13 grands domaines d'interrogation des pratiques et des organisations pour une amélioration continue de la qualité au bénéfice de l'usager et des professionnels.

Illustration des propos avec des retours d'expériences :

- Véronique Salvi, Chef de service éducatif du SESSAD Bois Saint Jean, ADSEA 05.
- Laurent Fiszbin, Directeur des établissements adultes, AVATH 83.
- Geneviève Demaison, Chef de service du FAM le Siou Blanc, ARTEAI 83

Echanges avec la salle

12 h 30 - Clôture de la conférence

Roland Canovas, Président du CREA PACA et Corse

14 h 30 - Assemblée Générale du CREA PACA et Corse

Présentation de la Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : « Bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre

Oriane DELIVRE, Chef de projet junior à l'ANESM¹

Je tiens tout d'abord à remercier M. Canovas, Mme Piteau-Delord, Mme Calandre ainsi que tout le CREA PACA Corse pour avoir invité l'Anesm à votre assemblée générale. C'est un grand plaisir pour moi d'être parmi vous aujourd'hui, et de contribuer à vos échanges.

L'Anesm a pris le parti de commencer ses travaux sur des thématiques fortes, la bientraitance et la maltraitance, et je suis heureuse aujourd'hui que ce travail puisse être confronté aux échanges qui vont suivre.

Je vais commencer mon intervention par une présentation rapide de l'Anesm. J'imagine qu'un certain nombre d'entre vous ne connaissent pas vraiment notre organisation et nos méthodologies de travail. Je prendrai donc quelques minutes pour expliquer cela, puis je m'attarderai ensuite sur la recommandation sur la bientraitance, qui est la recommandation-cadre de l'Anesm, et je finirai en donnant quelques éléments concernant les recommandations sur la maltraitance, l'une étant dédiée aux établissements et l'autre aux services à domicile, qui devrait être publiée prochainement.

L'Anesm a été créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, elle est née de la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe, instituée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Elle a deux missions: promouvoir les bonnes pratiques professionnelles et la mise en place de l'évaluation des établissements et services du secteur.

Je précise ici que les recommandations de l'Anesm ne sont pas des normes ni des règles. Il s'agit d'outils qui ont pour vocation d'éclairer les professionnels dans leurs actions et les institutions dans leur organisation. Sachant que l'évaluation, tant interne qu'externe, se fait notamment au regard des recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm.

L'Agence a une méthodologie particulière pour élaborer ses recommandations de bonnes pratiques. Je vais m'attarder un peu là-dessus parce que cela me semble essentiel pour comprendre d'où viennent ces préconisations. Parce que nous ne faisons pas les recommandations entre nous et nous-mêmes sur un coin de table, mais nous rencontrons un certain nombre de gens qui nous interpellent sur leur réalité quotidienne.

Pour la bientraitance, puisqu'il s'agissait de la recommandation-cadre de l'Anesm qui va être déclinée en recommandations spécifiques par catégories (Ehpad, etc. ...), nous avons pris le parti de rencontrer des usagers, pour comprendre leurs points de vue et leurs attentes et faire une recommandation au plus près de leur réalité.

L'équipe projet en charge de la bientraitance, est allée rencontrer des usagers, à la fois dans des établissements, et puis aussi à domicile. Il se trouve que ces rencontres ont été un élément très fort dans l'élaboration de la recommandation et c'est pour cette raison que nous avons mis en place ce type d'enquête pour les recommandations qui ont suivi. Pour la recommandation sur la prévention et le traitement de la maltraitance en établissement, nous avons préféré rencontrer des cadres, puisque nous voulions axer la recommandation sur le rôle de l'encadrement. Et enfin, pour la recommandation sur le même thème, mais à domicile, nous avons décidé de rencontrer des professionnels de terrain, et de nouveau des usagers et leurs familles.

Enfin, nous rencontrons évidemment des personnes ressources, des sociologues ou psychologues, des associations d'usagers par exemple qui ont écrit sur le thème, et nous faisons une revue de littérature sur chaque thème pour appréhender les points de consensus et les controverses sur nos futurs thèmes de recommandation.

Toutes ces ressources, nous les partageons avec un ou des groupes de travail et de relecture et nous construisons ensemble la recommandation avant validation par nos instances puis publication.

¹ ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

La première chose qui nous est apparue, au sein du groupe de travail, c'est que le mot bienveillance avait une résonance évidente avec un autre : celui de maltraitance.

La bienveillance n'est pas simplement l'absence de maltraitance, pas simplement de la non-maltraitance, mais une culture partagée de respect, d'écoute, d'ouverture.

Pour autant, il y a résonance entre bienveillance et maltraitance. C'est tout simplement la mémoire du risque, la vigilance. Effectivement, lorsque nous parlons de bienveillance, nous sommes amenés à repenser à la maltraitance. Le groupe a pensé qu'il fallait en profiter. Eviter que la bienveillance ne devienne un concept passe-partout complètement positif, complètement rose, qui efface toutes les difficultés qui se présentent au quotidien, les impasses dans lesquelles se trouvent parfois les professionnels, les doutes, les échecs. Voilà pourquoi, au début de la recommandation, vous trouvez dans les éléments de définition l'idée que la bienveillance est certes une démarche positive, mais aussi la mémoire du risque.

Et cette démarche n'est pas seulement individuelle, mais c'est surtout une culture inspirant à la fois les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Cela veut dire qu'un professionnel seul ne peut être bienveillant, la promotion du bien-être de l'utilisateur passant par des milliers de petites choses que seul, il ne peut assumer.

Mais elle ne peut en fait recevoir de définition définitive. C'est à chaque équipe de professionnels, en lien avec les usagers, de définir ses contours et ses modalités pratiques en fonction du projet associatif et d'établissement ou de service. La bienveillance est un ajustement, une adaptation des pratiques à une situation donnée. Par exemple, un établissement en travaux prendra le soin d'insonoriser les chambres, notamment des personnes qui seraient le plus susceptibles d'être gênées par le bruit. La pratique qui consiste à insonoriser les chambres ne peut être explicite dans la recommandation, car les pratiques bienveillantes de cet ordre sont infinies.

Malgré cela, certains éléments nous semblent incontournables, et ce sont eux qui font l'objet de la recommandation. La bienveillance est bien un fond commun d'exigences permanentes mêlée à une interprétation et une mise en œuvre par définition ponctuelle et dynamique. Pour illustrer ce propos, je me permets ici de citer le directeur d'un centre d'hébergement et de réinsertion sociale que j'ai rencontré dans le cadre de la recommandation qui me parle de son métier en ces termes : « on est comparable à l'industrie du luxe, l'accompagnement c'est une robe que personne d'autre n'aura ». La bienveillance ne peut donc en aucun cas être dictée, la recommandation peut simplement vous aider à élaborer votre propre définition.

Comme je vous l'ai dit tout à l'heure, cette recommandation est une recommandation cadre : elle regroupe un certain nombre d'exigences qui ne peuvent s'approprier d'un seul coup et en peu de temps. En effet, elle est en quelque sorte le programme de travail de l'Anesm, qui va peu à peu la décliner en recommandation spécifiques. Il ne s'agit donc en aucun cas d'avoir tout mis en œuvre d'ici la fin de l'année mais de choisir en fonction de vos priorités ce que vous voulez améliorer dans le fonctionnement de votre établissement et de travailler sur cette question grâce à la recommandation.

Avant d'évoquer les repères pour la mettre en œuvre, je voudrais insister sur des éléments fondamentaux procédant de la définition que nous donnons de la bienveillance. Le groupe de travail a défini cinq piliers fondamentaux.

Le premier pilier de la bienveillance, c'est bien sûr le respect de l'utilisateur. Cette dimension est plus qu'une préconisation, puisqu'elle correspond au droit français et international, et se fonde sur le principe de l'égalité de dignité de tous les êtres humains.

Le second pilier, c'est le fait qu'au-delà d'une série d'actes, la bienveillance est une manière d'être, je pourrais dire un état d'esprit. Aucune pratique professionnelle ne peut se prévaloir de la bienveillance si l'attitude qui l'accompagne est inadaptée.

Le troisième pilier est la valorisation de l'expression des usagers. Etant donné que la bienveillance est avant tout l'adaptation d'une pratique à une situation donnée, cette adaptation ne pourra se faire que si et seulement si l'utilisateur et/ou son représentant légal ont la possibilité d'exprimer leurs besoins et leurs désirs. Aucune adaptation n'est possible sans avoir à l'esprit ce que veut l'utilisateur.

Le quatrième pilier est un aller-retour permanent entre le penser et l'agir. Il ne s'agit pas seulement de bien-faire, mais aussi de donner du sens à ce qu'on fait. A cet égard, la bienveillance est une culture du questionnement permanent. Les professionnels doivent être amenés à avoir une réflexion permanente sur le sens qu'ils donnent à leurs pratiques, et à prendre du recul régulièrement.

Enfin, le cinquième pilier est une démarche continue d'adaptation à une situation donnée. Comme je l'ai déjà dit, la bienveillance est une adaptation, un ajustement, qui passe par l'écoute des usagers et de leurs proches, mais aussi par la prise en compte de son parcours avant sa rencontre avec la structure et les possibilités qui s'offrent à lui ensuite, etc.

L'Anesm a défini quatre repères pour la mise en œuvre de la bientraitance :

- l'usager co-auteur de son parcours
- la qualité du lien entre professionnels et usagers
- l'enrichissement des structures et des accompagnements par toutes les contributions internes et externes pertinentes
- et le soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance

Pour vous les présenter, je vais m'appuyer sur ce que m'ont raconté les usagers que j'ai rencontrés dans les quatre secteurs couverts par l'Anesm (personnes âgées et handicapées, personnes handicapées, exclusion sociale et protection de l'enfance).

Le premier repère est « l'usager co-auteur de son parcours ». Dans cette partie, la recommandation porte tout d'abord sur l'importance de donner **une réalité à la liberté de choix**. Je pense ici à des mères adolescentes accueillies dans une unité spécifique. Une des mères a très clairement dit que c'est elle qui avait choisi les meubles pour son appartement, que c'était très important car son enfant grandit ainsi dans un environnement qu'elle a choisi et qui lui correspond. Les mères de cette unité ont beaucoup de contraintes de la part de l'établissement mais elles ont aussi la possibilité de faire de réels choix qui comptent pour elles.

Je voulais également insister dans cette première partie sur le fait qu'il est important que **le projet d'accueil et d'accompagnement soit défini mais aussi évalué régulièrement**. Pour cela, il est nécessaire d'observer les effets positifs et négatifs des actions mises en place en faveur de l'usager et d'effectuer en conséquence les ajustements nécessaires dans l'accompagnement. Pour illustrer ce propos, je vais raconter l'histoire d'une jeune femme d'un institut d'éducation motrice, qui m'a décrit son entrée au lycée. Elle a eu beaucoup de mal à passer d'une classe adaptée où ils étaient quatre, à un lycée où elle s'est retrouvée dans une classe de 30 élèves. L'établissement lui a alors proposé plusieurs solutions pour qu'elle ne continue pas l'année dans de mauvaises conditions. Il lui a proposé d'abord de faire son BEP en 6 ans au lieu de 3, mais elle a refusé à cause de son âge déjà avancé par rapport à ses camarades. L'établissement lui a alors proposé une auxiliaire de vie scolaire pour l'aider à suivre les cours. Cette solution ne lui convenait pas puisque du coup, elle ne pouvait pas discuter avec les autres élèves mais devait se concentrer avec son auxiliaire de vie scolaire. Elle ne voulait surtout pas gâcher ses années lycée à cause de cela. Nous voyons qu'ici, l'établissement a su réagir rapidement à la détresse de cette jeune femme face aux nouvelles difficultés qu'engendrait la rentrée au lycée. Mais le plus important à retenir, c'est que cette dernière a pu choisir ce qu'elle désirait, et la manière dont elle voulait réaliser sa scolarité. Elle a fini par refuser ces propositions. Elle a fait son choix en toute connaissance de cause l'établissement ne lui ayant rien imposé.

Le deuxième repère de la recommandation est la qualité du lien entre professionnels et usagers.

Cette qualité du lien passe évidemment par **le respect de la singularité des usagers** et notamment, par une attention portée à la nature et à l'expression de la relation affective qui peut se créer entre usagers et professionnels. En effet, j'ai entendu lors des entretiens à la fois des personnes âgées qui disaient reconnaître leur fille décédée dans la personne de l'aide à domicile, ou encore des jeunes qui disaient que « les éducateurs, c'est comme des copains ». Cette relation doit faire l'objet d'une réflexion de la part des professionnels, elle doit être pensée, pour ne pas devenir inacceptable au regard des valeurs de l'institution et de la déontologie. Etre professionnel, ce n'est pas être seulement dans la distance, mais être alternativement dans l'émotion et dans la prise de recul, c'est ce que nous appelons dans la recommandation « la juste distance ».

Le fait **d'être réactif aux besoins de l'usager et d'apporter une réponse appropriée** à la demande est également un point fort de ce repère. En effet, un jeune homme rencontré dans un foyer de jeunes nous a dit qu'il trouvait inadmissible le comportement d'un autre et qu'il lui semblait que les professionnels devraient avoir plus de fermeté avec lui. Après avoir bien compris le type de comportement que le jeune en question pouvait avoir, il semblait clair qu'il souffrait de problématiques psychiatriques. Ainsi, apporter une réponse appropriée peut aussi supposer une articulation avec d'autres corps professionnels ainsi que des formations.

Le troisième repère de la recommandation sur la bientraitance est l'enrichissement des structures et des accompagnements grâce à toutes les contributions internes et externes pertinentes.

Il s'agit ici bien sûr de **travailler avec l'entourage et de respecter les relations de l'usager avec ses proches**, en créant, par exemple, des lieux ou des occasions de permettre, de maintenir ou de conforter les liens affectifs avec les proches, tels que, par exemple, des horaires élargis de visite, et la discrétion qui s'impose. Je précise cela car j'ai rencontré une femme en centre maternel qui me disait que lorsqu'elle avait des visites, elle était prévenue par haut-parleur ; tout l'étage était au courant. Elle trouvait ce procédé tellement intrusif et mal approprié qu'elle demande maintenant à ses amis et à sa famille de ne plus venir. L'enfant ne voyait donc pas le reste de sa famille et notamment ses grands-parents.

Mais l'enrichissement de l'accompagnement et de la structure peut aussi passer par **une articulation avec les ressources extérieures**, en développant des partenariats, par exemple. Un homme accueilli en CHRS m'expliquait l'importance que l'ouverture de l'établissement avait à ses yeux. Son établissement était partie prenante dans les fêtes de quartier, et celle des enfants du quartier se faisait à l'intérieur des murs de l'établissement. Pour lui, c'était quelque chose d'essentiel parce que cela permettait de changer le regard que les habitants du quartier ont sur eux. On voit que ce qui se joue dans l'ouverture, c'est bien la volonté des usagers de favoriser un autre regard sur eux. Et nous pensons que c'est important que les usagers eux-mêmes soient acteurs de cette ouverture.

Enfin, **le repère 4** est le soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance.

Comme vous pouvez l'imaginer, je n'ai pas tellement d'exemples à vous donner de la part des usagers, mais je vais essayer de rester concrète.

Le soutien aux professionnels passe tout d'abord par **la promotion de la parole de tous les professionnels**. Et là je ne parle pas seulement des cadres, des éducateurs ou encore des aides soignantes, je parle de tous les professionnels, y compris les secrétaires et les femmes de ménage. Car ces professionnels-là sont aussi au contact des usagers, et leur mission n'est pas seulement de nettoyer le sol, par exemple pour les femmes de ménage, mais également de participer au bien-être de l'usager, de participer à un travail collectif envers l'usager. En ce sens, aucune parole ne doit être sous-estimée, et il est important de favoriser un partage et un enrichissement des compétences autour des observations quotidiennes des différents professionnels.

Le repère 4 souligne également l'importance **d'une prise de recul encouragée et accompagnée**. Cette prise de recul passe évidemment par la parole. Les échanges doivent être l'occasion de mettre des mots sur des difficultés, sans que des sanctions soient prises (la peur de la sanction est selon nous un des éléments qui poussent les professionnels à se taire et à souffrir en silence d'une situation difficile). Mais cette parole ne peut pas rester sans suivi ; en effet, il est important d'inscrire ces échanges dans une démarche d'amélioration continue des pratiques, voire, pour une situation particulièrement difficile, de mettre en place un accompagnement ponctuel approprié.

Avant de conclure, je voudrais ici rajouter quelques mots sur la maltraitance, puisque l'Anesm a également produit des recommandations sur ce thème. Et pris le parti de travailler sur le rôle de l'encadrement et la mission du responsable d'établissement ou de service sur la prévention et le traitement de la maltraitance.

Pour l'Anesm, la maltraitance n'est pas un risque hypothétique et lointain mais bien un risque incontournable, consubstantiel des pratiques pour tous les professionnels au contact des personnes vulnérables, quel que soit leur métier. Et attention, je ne dis pas ici que la maltraitance est consubstantielle aux métiers du social ou du médico-social, mais que le risque, lui, est toujours présent.

Je voudrais attirer votre attention ici sur les risques spécifiques liés soit à l'établissement, soit au service au domicile.

En établissement, le risque de maltraitance est d'autant plus présent car il y a un regroupement de populations vulnérables au sein d'un même lieu, la logique institutionnelle et l'éloignement de la vie « normale » facilitent alors les rapports de domination, voire de violence. La maltraitance peut apparaître très vite lorsque les intérêts de l'établissement et de la collectivité passent avant l'intérêt des usagers.

Dans les services à domicile, les risques de maltraitance ont des caractéristiques particulières. En effet, pour l'aide et le soin à domicile, le risque de maltraitance est accentué par le caractère par définition intrusif de l'intervention.

Celle-ci conduit en effet les professionnels à intervenir dans l'espace privé de l'utilisateur, en contact direct avec l'ensemble des personnes et des objets qui constituent son intimité. Pour les interventions d'accompagnement social, comme pour les interventions d'aide et de soin, le risque de maltraitance est en outre accentué par la nature même de la mission. La vocation d'autonomisation de la personne et de soutien dans le déploiement d'un projet de vie personnel est en effet une occasion d'exercer un pouvoir à l'égard de l'utilisateur au sein de la relation par définition asymétrique. Ceci expose donc les professionnels à exercer toutes les formes de maltraitance liées à l'abus de pouvoir.

Ces recommandations sont constituées de plusieurs repères, trois pour celle qui concerne les établissements :

- premièrement développer une conscience et une connaissance des risques de maltraitance ;
- deuxièmement mettre en place une organisation et des pratiques d'encadrement conformes aux objectifs de prévention de la maltraitance ;
- et troisièmement organiser un traitement systématique des faits de maltraitance.

Je vous signale ici que la recommandation sur le même thème mais qui concerne les services à domicile comprend ces trois parties, avec en plus une partie sur le repérage des risques et des situations de maltraitance, qui est un thème particulièrement important quand la relation d'accompagnement se déroule « loin des yeux » du cadre.

Pour conclure, je voudrais rappeler une idée forte inscrite dans les trois recommandations dont j'ai parlé : il s'agit du rôle des cadres dans les démarches de promotion de la bienveillance et de prévention de la maltraitance.

C'est pourquoi mon intervention auprès de vous était aujourd'hui d'une grande importance pour l'Anesm, car je sais qu'il y a un certain nombre d'entre vous qui êtes en fonction d'encadrement (soit au sein d'une association, soit au sein d'établissements ou de services). Et je tenais ainsi à souligner combien votre engagement est précieux dans la diffusion d'une culture de la bienveillance.

Je vous remercie.

Présentation de l'instruction Ministérielle n°DGAS/ 2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance

Serge DAVIN, Directeur adjoint de la DRASS PACA



Un nouveau rôle pour l'Etat?

- Une nouvelle distribution des rôles: du jacobinisme tatillon au partenariat contractualisé?
- La réforme de l'Etat, une tendance lourde: IOLF, RGPP
- éléments d'un « ordre public social »
- Une société de « confiance obligée »...

SD A.G CREAI PACA 28/05/2009

8

L'instruction ministérielle du 22 mars 2007

« L'Etat garant de la protection des personnes vulnérables et responsable en dernier ressort du contrôle des structures sociales et médico-sociales... »

- 1) Améliorer la procédure de signalement et la détection des situations de maltraitance
- 2) renforcer l'efficacité et la fréquence des contrôles
- 3) Mettre en place une véritable politique de prévention et de promotion de la bientraitance

SD A.G CREAI PACA 28/05/2009

7

L'instruction ministérielle du 22 mars 2007

- 2) Renforcer l'efficacité et la fréquence des contrôles:

organisation de contrôles réguliers et systématiques

simplification des procédures et renforcement des pouvoirs des préfets

utilisation des pouvoirs de sanction

SD A.G CREAI PACA 28/05/2009

9

L'instruction ministérielle du 22 mars 2007

- 1) améliorer la procédure de signalement et la détection des situations de maltraitance:

réseau Alma

réfèrent DDASS

protocole DDASS/ établissement

circuits DDASS-DGAS

...

SD A.G CREAI PACA 28/05/2009

8

L'instruction ministérielle du 22 mars 2007

- 3) mettre en place une véritable politique de prévention et de promotion de la bientraitance:

améliorer le repérage des risques de maltraitance et s'engager dans une démarche-qualité dynamique

intégrer le concept de bientraitance dans l'organisation et la gestion des établissements
renforcer le partenariat entre les acteurs de l'action sociale

SD A.G CREAI PACA 28/05/2009

10

La mise en œuvre de l'I.M

- Coïncidence I.M/création de l'ANESM
- MAFI(IGAS) DNO
- En PACA:
Mriice (pluridisciplinaire) et priice
en 2008, 204 inspections pour 1075 ESMS (19%)
objectif « bientraitance »: 54 contrôles
réalisé: 84 contrôles (dont 61 sur plaintes)

SD A.G CREAI PACA 28/05/2009

11

La mise en œuvre de l'I.M

- Principales observations:
 - Défaut de mise en œuvre des outils de la loi 2002-2
 - Insuffisante formalisation des procédures
 - Lacunes dans la formation et la professionnalisation des personnels

SD A.G.CREAI PACA 28/05/2009

13

La mise en œuvre de l'I.M

- De nouveaux outils:
 - différents guides
 - instruction ministérielle du 15/10/2008:
 - questionnaire d'autoévaluation
 - guide enquête flash
 - recommandations de l'ANESM

SD A.G.CREAI PACA 28/05/2009

13

Que retenir?

- Des textes, des normes, des pratiques, un état d'esprit: l'appropriation par tous d'une démarche, voire d'une culture nouvelle, à construire ensemble
- « en parler, c'est déjà agir »: le 39 77
- Droits de l'homme, dignité des personnes, prendre soin
- La sollicitude (P.Ricoeur) et la fraternité.

SD A.G.CREAI PACA 28/05/2009

14

Bientraitance / Maltraitance. Au-delà des contraires, le questionnement éthique

Marie GUARRIGUE-ABGRALL², Philosophe, Espaces Ethiques et Politiques, Paris

Introduction

Le concept de bientraitance est apparu récemment, il vient du domaine de la petite enfance. Le bébé étant le paradigme de la dépendance et de la fragilité. Cette notion s'est étendue depuis, à tout être humain en situation de vulnérabilité : malades, porteurs de handicaps, personnes âgées, familles en grande précarité, mais aussi aux professionnels qui s'en occupent et aux institutions qui les accueillent.

Mais que recouvre-t-il vraiment ?

S'il englobe les bons soins à l'enfant, il vise aussi à soutenir et développer les ressources positives dans son entourage. Cependant, il nous paraît important de le critiquer, au sens positif, pour mieux défendre ce qu'il recouvre et pointer à cette occasion les paradoxes de notre société à l'égard du très jeune enfant et de toute personne vulnérable ainsi que les paradoxes de toute éducation, et formation et les risques d'un mauvais usage de ce terme.

Nous souhaitons aussi étudier le passage de la maltraitance à la bien-traitance, car ces valeurs opposées ne sont pas symétriques, et pour cela faire un rappel historique de l'apparition de ces termes dans notre pays. Quand l'enfant n'est pas maltraité, on suppose qu'il reçoit des soins suffisamment bons pour son développement. Alors ce surplus de la bientraitance représente-t-il une plus grande considération de l'enfant, de l'être humain, *un plus* d'humanité ? Néanmoins, en parlant de bientraitance n'allons nous pas vers un « méliorisme », un moralisme, risquant de stigmatiser davantage ceux qui ne sont pas bientraitants ? D'ailleurs, qui peut se dire bientraitant ? Sortons-nous du cadre de la loi par rapport à la maltraitance par ailleurs assez bien définie ? Pourquoi la bientraitance ?

D'où vient la Bientraitance ? La création d'un concept.

Un concept se définit comme « une représentation générale et abstraite d'un objet, d'un ensemble d'objets ». Si l'on considère un concept et sa création, il s'inscrit dans ce que Nietzsche appelle « l'arbitraire et la complexité du langage » et dans le fait que, « un concept [...] doit s'adapter également à d'innombrables cas plus ou moins semblables, autrement dit en toute rigueur jamais identiques, donc à une multitude de cas différents [...] »³.

C'est pourquoi il nous faudra analyser quelques unes des pratiques dites « Bientraitantes » pour mieux cerner ce qu'il recouvre.

Il est important d'avoir cela à l'esprit car les mots peuvent toujours se vider de leur sens, de leur contenu et devenir « des idées creuses » comme l'a aussi énoncé Emmanuel Kant. Pour que celui-ci reste vivant nous vous proposons de le relier à des personnes qui ont existé afin de lui donner corps et consistance, et de le placer d'emblée dans un parcours de liens humains et de pratiques tout en le questionnant.

Le concept de bientraitance est précédé et entouré de nombreuses notions. Certaines ont été reprises dans leurs grandes lignes par l'ANESM⁴. (Comme prendre soin, bienveillance, bienfaisance, respect de la personne, justice, empathie, écoute)

La première est au cœur de notre raison d'être les professionnels que nous sommes, c'est le « *prendre soin* » des personnes qui nous sont confiées ou qui se confient à nous. Le soin suppose l'attention et l'ajustement à chaque personne et à chaque situation singulière.

² Marie Garrigue Abgrall, Educatrice de jeunes enfants en pédiatrie (1984-1996) et à l'Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi (1996-2007). Formatrice à l'Horizon Centre de formation des Métiers de la Petite Enfance, 6-10 rue Paul Bert, 92 240 Malakoff. Doctorante en philosophie pratique, Université de Paris Est. Auteur de : *Violences en petite enfance, Pour une prévention opportune*, coll. 1001 bébés, éditions érès, 2007.

³ Friedrich Nietzsche, *Vérité et mensonge au sens extra-moral*, Actes Sud, 1997, p.27

⁴ Certaines de ces notions sont reprises dans le texte de l'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux) de juin 2008.

Si *traiter* c'est « agir de telle manière envers quelqu'un » et en médecine, c'est prescrire ou pratiquer un traitement. « *Soigner*, c'est entretenir la vie en assurant la satisfaction des besoins indispensables à la vie. Traiter renvoie à un traitement, soigner renvoie à prendre soin. Ainsi la bientraitance est du côté du soin⁵ »

Le « prendre soin » sous-entend la notion de bien faire et contient déjà la notion suivante qui est la *bienveillance*. La bienveillance est une disposition, une intention positive vis-à-vis de l'autre. Elle contient le souci de faire le bien pour autrui et la notion de veille qui est particulièrement significative dans toute relation de soin car elle y inclut la dimension fondamentalement asymétrique qui y est associée. Le soignant veille sur le malade, la mère veille sur son enfant, l'un est dépendant de l'autre de par sa vulnérabilité.

La bientraitance institutionnelle s'inscrit dans une filiation

Ce terme de « bientraitance » a été mentionné dans un contexte global de réflexion sur l'humanisation de la pédiatrie et de l'accueil de l'enfant et de sa famille à l'hôpital et en extra-hospitalier (prise en charge de la douleur, création de chambre mère-enfant, circulaire sur l'enfant à l'hôpital, « modes de garde » devenant des « lieux de vie »⁶).

C'est à Marie-Jeanne Reichen psychologue, que nous le devons, elle l'écrit pour la première fois en 1997 dans un contexte bien particulier qui est celui du comité de pilotage ministériel de « l'Opération pouponnières ». Il a été initié par Simone Veil dans les années 80, (1978-1988) et élargi à la bientraitance institutionnelle dans les années 90-95 suite au film choc « Enfants en pouponnières » de Geneviève Appel et Myriam David en 1975 et grâce à la découverte du « Maternage insolite » de la pouponnière de Loczy. Ce film montrait que les enfants retirés à leurs parents étaient mal traités dans des lieux censés les accueillir et les protéger.

Mais si on remonte très loin dans le temps, bien traiter les enfants a été un souci constant des générations les unes envers les autres, avec les connaissances et les outils propres à chaque époque et à chaque culture, ne serait-ce que pour assurer la reproduction et la transmission des héritages culturels en tout genres.⁷

Si l'on parle aujourd'hui de bientraitance, et si ce concept est nouveau, ce qu'il véhicule est aussi le fruit d'une longue histoire dans la lignée de laquelle nous nous inscrivons : nos ancêtres et nos parents sans lesquels nous ne serions pas là, les médecins héritiers d'Hippocrate, les soignants au sens large, les religieux, les philosophes et pédagogues qui se sont penchés sur le sort de l'enfant, et sur l'être humain depuis de nombreuses années. Tous ceux qui ont apporté une contribution à la formation de professionnels du soin, de l'éducation et de la formation depuis Socrate à Saint Vincent de Paul, Kant, Bowlby, Spitz, Freud, Mélanie Klein, Winnicott, Piaget, Freinet, Montessori, Kreisler, Dolto, Emmi Pickler et tant d'autres... C'est pourquoi : « Parler de transgénérationnel de l'institution, c'est aussi réintroduire la dimension historique et la question de la transmission non seulement de connaissances mais aussi de représentations construites sur plusieurs générations de professionnels. C'est reconnaître une filiation imaginaire, où s'originent les soins, c'est entrer dans le domaine des « loyautés invisibles⁸ ».

Des pédagogues et des philosophes, tels John Locke (1637-1704) et Jean-Jacques Rousseau (1754) ont attiré l'attention sur le sort des enfants de leur époque et ouvert la voie vers une éducation attentive et bienveillante vis-à-vis des très jeunes enfants, bannissant entre autres, les châtiments corporels.

⁵ Collière, citée par Isabelle Puel, mémoire DU éthique médicale et hospitalière, p. 8-9.

⁶ Cf. « Cahiers de la puériculture », n° 154, mars 2002, p.14.

⁷ Yvonne Knibiehler, « Se construire dans la bien-traitance : propos d'une historienne » in *Enfance majuscule*, op. cit., p. 106-109. « Le mot « bien-traitance » a de quoi intriguer une historienne ! Depuis les débuts de l'homínisation, les humains se sont toujours souciés de bien traiter leur progéniture, en vue d'assurer à la fois la reproduction de l'espèce et le renouvellement de la civilisation. La manière de bien traiter les enfants a évolué sans cesse, selon les époques, les lieux, les milieux. Il y eu un temps où on croyait bien faire en emmaillotant étroitement les nouveau-nés, un autre temps où l'on vivait dans la phobie des microbes... Aurions-nous atteint un état définitif du savoir, qui nous permettrait d'affirmer que nous savons enfin ce qu'est la véritable bien-traitance ? Gardons nous de telles illusions et restons modestes. »

⁸ Sous la direction de Geneviève Appell et Anna Tardos, *Prendre soin d'un jeune enfant, De l'empathie aux soins thérapeutiques*, Erès, 1998 ; « La ballade de Tünde », Martine Lamour, p. 166-167-168

Les acteurs de santé, physique et psychique eux aussi, tels René Spitz qui a mis en évidence les carences institutionnelles avec l'hospitalisme et la dépression anaclitique du nourrisson, et les travaux de Bowlby autour de l'attachement, renforcés par ceux des Robertson sur les séparations précoces interrogent fortement les conditions d'accueil et de vie des bébés et des enfants en institution. Trois femmes vont de pencher aussi sur les berceaux des pouponnières et repérer les détresses et carences qui les entourent et faire évoluer les pratiques : Jenny Aubry, Myriam David et Geneviève Appell. Ces dernières élargiront leurs compétences sur les interactions mère-enfant.⁹ Elles introduisent en France les pratiques très élaborées de soin des bébés de la pouponnière de Loczy avec l'apport de l'expérience d'Emi Pikler. Ces connaissances seront enseignées dans les formations initiales des métiers de la petite enfance et contribueront à mieux traiter les enfants.

Penser la violence, refuser sa banalisation, sa normalisation

C'est cette prise de conscience progressive de la maltraitance et de la violence institutionnelles et de leurs effets désastreux sur le développement des enfants qui a conduit les professionnels au fur et à mesure de l'évolution des connaissances sur le bébé et les très jeunes enfants à s'accorder sur certaines valeurs.

Ainsi, depuis les années 80, le bébé est devenu « une personne », et on lui reconnaît des besoins physiques et psycho-affectifs. La bien-traitance institutionnelle se réfère à des points communs tels que « les notions d'individualisation des soins, de continuité [...], de cohérence des pratiques¹⁰ ». Mais la violence ne concerne pas que les institutions, les interactions au sein des familles elles aussi peuvent être empreintes de violences quotidiennes, et d'inadéquations. C'est pourquoi cette notion de bien-traitance recouvre non seulement les bons soins à l'enfant, à la personne vulnérable, mais aussi les bons soins à ceux qui s'occupent de lui : ses parents, sa famille et les professionnels.

Néanmoins, si ce qu'elle vise est de soutenir et de développer les ressources positives dans l'entourage de l'enfant, nous souhaitons pointer à cette occasion les paradoxes de notre société à l'égard du très jeune enfant et de ses parents ainsi que les paradoxes de tout soin et toute éducation, et alerter sur les risques d'un mauvais usage de ce terme. En effet quelle place notre société réserve-t-elle aux êtres non productifs ? Quelle place fait-elle aux rythmes de vie ? Quelle place fait-elle aux biens de consommation en regard des personnes ? Quelle place fait-elle aux liens sociaux et aux relations humaines ?

Quant à l'éducation elle contient toujours une part de contraintes, donc de violence vis-à-vis des enfants, pour leur permettre de vivre en société et d'intégrer un certain nombre de règles et de limites. Quelles sont les limites de cette « violence éducative » ? Inversement quelle est la violence de toute absence de limites ?

Repères sur la notion de maltraitance

N'oublions pas que la maltraitance est toujours présente et que la prévention reste primordiale en ce domaine. Nous ne devons pas faire l'économie d'une réflexion sur la maltraitance qui est à la base, au fondement de la recherche de pratiques allant vers la bien-traitance.

En effet, ces valeurs opposées ne sont pas symétriques. D'autre part, depuis quand parle-t-on d'enfants maltraités ? La première forme de maltraitance à enfants identifiée par les médecins apparaît tardivement en clinique, avec Caffey (1946), Silverman (1951) et Kempe (1962) qui décrivent le syndrome des enfants battus.

Voici une définition de la maltraitance : « L'enfant maltraité est celui qui est victime de la part de ses parents – ou d'adultes ayant autorité sur lui – de violences physiques, de sévices psychologiques, de négligences ou absence de soins, ou d'abus sexuels pouvant avoir des conséquences graves sur son développement physique ou psychique.¹¹ »

⁹ Patrick Mauvais, « L'enfant séparé de sa famille : Quels défis pour une démarche de Bien-traitance ? » in *Enfance majuscule*, *op. cit.*, p. 80-83.

¹⁰ Patrick Mauvais, *op. cit.*

¹¹ P. Staus. AFIREM, Les guides de l'AP-HP, *Enfants et adolescents victimes de maltraitance, leur prise en charge aux urgences*, Doin éditeurs, 1997, p.1.

Les auteurs du guide d'où est extraite cette définition ajoutent qu'elle ne peut être plus précise car les limites de la maltraitance sont incertaines : où s'arrête le droit des parents à corriger leur enfant ? Comment définir les mauvais traitements psychologiques, qui incluent les manifestations de rejet affectif, le sadisme verbal, les humiliations, la dévalorisation, les exigences éducatives aberrantes ou inadaptées à l'âge et aux possibilités de l'enfant ? Et si aucun milieu, aucune ethnie n'échappe à ce problème, il importe de préciser, pour une société donnée ce qui est permis par la loi et ce qui ne l'est pas.

Au-delà des contraires le questionnement éthique.

Cependant, le danger de prendre le contraire d'une valeur, c'est peut-être de faire disparaître cette valeur. L'utopie serait ici de faire disparaître la maltraitance, en ne parlant que de bonnes pratiques et de ressources positives, (et qui ne souhaite pas la disparition de la maltraitance ?) avec la « bien-traitance qui mettrait l'accent sur les capacités individuelles familiales et sociales des enfants et des parents et permettrait d'étudier les conditions d'une éducation familiale réussie.¹² »

Mais il serait dramatique de nier l'existence de maltraitements en se focalisant uniquement sur les bons traitements apparents. Nous sommes témoins réguliers et à risque nous aussi, du déni de violences faites à autrui.

Si les opposés, « dans leur concept même contiennent l'autre » comme le dit Hegel, le dépassement des contraires implique de choisir dans chaque situation. C'est là que se place notre responsabilité. En effet, les deux contraires ne peuvent coexister dans la réalité¹³, on est donc toujours dans l'obligation de décider entre ceci et cela.

Kierkegaard dit :

« Grâce à mon "ou bien-ou bien" apparaît l'éthique »¹⁴. Voilà donc l'essence de la liberté humaine pour lui : « Ce choix absolu de moi-même est ma liberté, et ce n'est qu'après m'être choisi moi-même au sens absolu, que j'ai posé une différence absolue, celle qui existe entre le bien et le mal »¹⁵.

Ce choix éthique est lui-même toujours en équilibre à la recherche d'un ajustement toujours plus grand de la situation vécue il n'est jamais figé car vivant.

De quel bien parle-t-on ?

Le bien est ce qui est conforme à un idéal, à la morale et à la justice.

Dans « bien-traitance », de quel bien parle-t-on ? Est-ce que la bien-traitance n'est pas un concept clos sur lui-même qui évacuerait la personne ? (Alors que traiter est un verbe transitif, on traite quelqu'un ou quelque chose.) Où l'on ne se préoccuperait en somme à travers des actes « bien-traitants » que de l'amour du bien, pour le bien. Max Scheler nous met en garde sur cet amour du bien pour lui-même, cette attitude pharisenne, *je suis bien-traitant* devenant le pendant de « je suis bon » :

« [...] il est impossible de « vouloir le bien pour le bien ». [...] Celui qui vient en aide à un autre, non, [...], parce qu'il tient au bien et au salut de la personne qu'il secourt, mais uniquement pour « être bon » ; [...] celui-là se « comporte », non comme un homme vraiment bon, mais de façon à pouvoir, sans manifester réellement par son être, par son vouloir et par ses actes, la valeur « bien », formuler sur lui-même le jugement : « Je suis bon. » [...]; mais il ne l'est pas.¹⁶ »

Ainsi, vouloir le bien pour le bien est comme nous venons de le voir discutabile.

Chaque fois que l'on pense le bien pour quelqu'un, pour autrui, on est dans un questionnement éthique. Aux deux extrêmes de la vie, l'eugénisme, la bonne naissance, et l'euthanasie, la bonne mort, suscitent des débats fondamentaux.

¹² Paul Durning, professeur de sciences de l'éducation à Paris X Nanterre, « L'Ecole des parents » n°5 octobre-novembre 2002, p.32.

¹³ Thomas de Koninck, *De la dignité humaine*, PUF, Quadrige, 2002, p. 115-159.

¹⁴ Sören Kierkegaard, *Ou bien...ou bien*, trad. F. et O.Prior et M.H. Guignot, Paris, 1943, p.479.

¹⁵ *Id.*, p.512-513.

¹⁶ Max Scheler, *Nature et formes de la sympathie*, Petite bibliothèque Payot, 2003, p.311.

Car, quand à l'extrême, vouloir le bien de quelqu'un, c'est l'éliminer, cela pose question, même si dans certaines circonstances de tels drames sont envisagés. Mais est-ce encore de la bienveillance, des bons traitements, au nom de quelles valeurs, quelle idéologie ?

Pourquoi le bien ? Chez Levinas, la priorité du bien est la loi de la raison éthique. C'est-à-dire l'obligation de répondre d'autrui et où réside ma liberté : « Je suis libre si je suis responsable¹⁷ ». Du fait de l'existence d'autrui il y a une violence du Bien qui me fait sujet, je dois répondre de l'autre, c'est ce qui fonde la socialité éthique, n'est-ce pas cette violence que véhiculent le bébé et l'enfant ?

« C'est pour ton bien » ou « la pédagogie noire »

Il s'agit ici des dangers du « bien faire », du « bien paraître », et de l'obéissance inconditionnelle. Robert Merle, l'a très bien décrit dans son livre, *La mort est mon métier*.

Alice Miller, psychanalyste, elle aussi a mis en évidence les racines de la violence dans l'éducation. Elle a cherché à comprendre comment les gens « normaux », sous le nazisme avaient pu suivre des directives de ce régime conduisant des juifs, hommes femmes et enfants à la torture et à la mort. A partir de témoignages d'adultes en thérapie, elle s'est rendue compte qu'il y avait un lien avec le type d'éducation leur avait été dispensé dès la petite enfance et a repris le concept de « pédagogie noire¹⁸ » qui dès l'âge de nourrisson s'efforce par tous les moyens (punitions, humiliations, privations, contraintes, mais aussi manipulations douces, tromperies au nom de la vertu, répétition de tâches destinées à prouver l'obéissance, etc.), d'étouffer les sentiments (manifester de la joie quand on ressent de la colère), les affects, les pulsions de vie, pour prôner l'obéissance et la piété au dépend de toute liberté intérieure et de l'authenticité du ressenti de chacun. L'enfant se construit alors en « faux-self », source de risques pour sa propre personnalité fragilisée, et/ou pour son entourage. Il s'agit d'exemples extrêmes, bien éloignés de nos pratiques quotidiennes actuelles, mais qui ont le mérite de nous faire réfléchir sur un Bien qui serait totalitaire et de nous rappeler que notre liberté réside dans le pouvoir de dire non, de désobéir.

D'autres philosophes comme André Glucksmann, ou Simone Weil nous mettent en garde en nous rappelant que chacun de nous dans certaines circonstances peut devenir un barbare.¹⁹
« On est toujours barbare envers les faibles²⁰ »
Donc toutes les situations de soins sont des situations à risques.

La bonne volonté

Mais ce qui constitue la base d'un travail commun possible, le fondement de l'alliance thérapeutique c'est la bonne volonté de part et d'autre. C'est aussi l'un des fondements de la bienveillance même si cela ne suffit pas. (Car projeter avec la meilleure volonté des désirs fous sur son enfant, ne peut qu'être néfaste à celui-ci.) Mais c'est ce qui nous permet aussi, au sein de l'équipe, de travailler ensemble, à la recherche du meilleur bien possible dans chaque situation. Kant en a souligné la valeur quand il écrit :

« De tout ce qu'il est possible de concevoir dans le monde, et même en général hors du monde, il n'est rien qui puisse sans restriction être tenu pour bon, si ce n'est seulement une BONNE VOLONTE. [...] ²¹ »

Des difficultés de la bien-traitance

Du savoir à la pratique, quels sont obstacles, quels sont les *hiatus* ? Les obstacles sont nombreux, nous allons en évoquer quelques uns.

¹⁷ Emmanuel Lévinas, *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, La Haye, Martinus Nijhoff, 1974.

¹⁸ Alice Miller, *C'est pour ton bien, racines de la violence dans l'éducation de l'enfant*, Aubier, 2002, p.15-112.

¹⁹ « Hitler c'est moi », André Glucksmann, *Le bien et le mal*, Robert Laffont.

²⁰ Simone Weil, *Œuvres*, Quarto Gallimard, 1999.

²¹ Emmanuel Kant, *Fondement de la métaphysique des mœurs*, Le livre de poche, 2001, « Première section », « Ce qui fait que la bonne volonté est telle, ce ne sont pas ses œuvres ou ses succès, ce n'est pas son aptitude à atteindre tel ou tel but proposé, c'est seulement le vouloir ; c'est-à-dire que c'est en soi qu'elle est bonne ; et considérée en elle-même, elle doit sans comparaison être estimée bien supérieure à tout ce qui pourrait être accompli par elle uniquement en faveur de quelque inclination et même, si l'on veut, de la somme de toutes les inclinations. », p.57.

En effet, il ne suffit pas de savoir ce qui est bien, pour faire le bien, car l'expérience montre que le désir, non seulement contredit le savoir, mais a même souvent le dessus comme l'a objecté Aristote²².

En voici un exemple avec le « principe de Médée » : « c'est ce qui arrive quand Médée réclame à sa propre main de ne pas tuer ses enfants. Sa main, ou la passion de la vengeance qui se tient derrière elle, l'emporte sur sa volonté²³ ».

C'est une illustration de l'*akrasia* : « manque de contrôle de soi », « incontinence », « faiblesse de la volonté²⁴ ». C'est ce que nous accompagnons dans la clinique de la petite enfance, en aidant des parents qui ne peuvent seuls supporter certains comportements de leur enfant, ou d'eux-mêmes, et qui réclament, en venant, souvent de façon implicite, l'intervention d'un tiers. Ils n'ont pas toujours de demande verbalisée mais sont là à tous les accueils parents-enfants.

D'autre part, l'évolution des connaissances est plus rapide que l'évolution des mentalités. Il y a des résistances au changement qui s'expliquent par des conflits de loyauté vis-à-vis de ceux qui nous ont formés et éduqués antérieurement et vis-à-vis de ceux qui nous apportent de nouveaux savoirs et de nouvelles pratiques aujourd'hui. Il y a des contextes d'accueil insuffisants, tels que l'absence de personnel, l'absence de formation, l'absence de moyens adaptés qui peuvent générer les conditions d'apparition de la barbarie.

De plus, il y a au cœur de la *psyche* humaine l'agressivité et l'ambivalence, qui nous empêchent de mettre en adéquation tous nos désirs de bien. Freud²⁵ disait que chez tout homme existent des tendances destructrices, antisociales et anticulturelles, qui peuvent être déterminantes chez un grand nombre de personnes dans la société humaine.

Et puis il y a la fatigue, la paresse, l'épuisement. La peur irrationnelle de la souffrance de notre triste condition humaine quand elle apparaît sous la forme d'une vulnérabilité extrême, comme l'état de bébé, ou dégradée par la maladie ou la vieillesse, ou le handicap. Ces peurs provoquent des mécanismes de protection que nous rencontrons tout le temps dans les métiers du « prendre soin ».

Le bien s'enseigne-t-il ?

Platon dans le *Ménon*²⁶ posait déjà cette question : « la vertu s'enseigne-t-elle ? » Il en concluait que seules les habitudes s'enseignent mais que le cheminement vers le bien, qui ne soit pas réduit à un bien relatif, celui qui m'arrange, le bien pour soi, le bien immédiat, pouvait s'enseigner dans une relation dialectique, dans le dialogue qui consistait à rechercher en soi et avec autrui : qu'est-ce que le bien ?

Aristote²⁷, pour sa part nous rappelait que le propre de l'homme par rapport aux animaux est d'avoir un langage pour signifier le juste ou l'injuste car il le seul être à avoir la distinction du bien et du mal, du juste et de l'injuste.

La réponse à la quête de la bien-traitance est donc en nous-mêmes mais avec les autres car ce sont ces notions communes et partageables, ces valeurs qui font une famille, une cité, une société et une équipe.

L'empathie, le préalable à la bien-traitance

L'empathie est nécessaire à la compréhension des émotions d'autrui. Une maman perçoit les signaux de son bébé grâce à ses capacités d'empathie, si elle ne peut accéder à ses propres émotions elle ne pourra pas comprendre et soigner son bébé. Elle est un partage émotionnel, elle permet de reconnaître ce qui est semblable, mais avec une différence. Mais l'empathie doit être *bien tempérée*, car si elle déborde et devient projective de son ressenti sur l'autre ou si elle se dissout dans ce qu'éprouve l'autre, dans une confusion des personnes, alors elle recèle aussi des dangers.

²² Thomas de Koninck, *De la dignité humaine*, op. cit., pp 146-147.

²³ Ovide, *Les métamorphoses*, Livre VII (cité par Thomas De Koninck, op. cit., p. 146-147).

²⁴ Thomas de Koninck, *De la dignité humaine*, op. cit., p146-147

²⁵ Sigmund Freud, *L'Avenir d'une illusion* (1927), trad ; M. Bonaparte, PUF, coll. Quadrige, 4^e éd., 1995, p. 8-10.

²⁶ Platon, *Ménon*, GF, Flammarion, 2^e éd., 1993.

²⁷ Aristote, *Les politiques*, (330 av J.-C.) Livre I ? Chap. 2, 1252b-1253 a, trad. P. Pellegrin, Flammarion, coll. GF, 2^e éd., 1993, p. 90-92.

C'est ce qui conduit à vouloir supprimer la présence de l'autre quand sa souffrance ou la souffrance qu'il suscite en soi devient insupportable. La tentation de vouloir supprimer le bébé qui crie, les malades, les handicapés, les vieillards pour supprimer l'émotion, la maladie, le handicap, la vieillesse, la tentation de l'infanticide, de l'eugénisme et de l'euthanasie expéditive trouve là des racines.

Les émotions ont valeur de signes mais dans une relation de soin on ne peut s'en tenir là. De la part de professionnels « les bébés ont besoin de relation affective, vivante et tempérée²⁸ ».

Pour construire une *fonction contenante*²⁹ des émotions du bébé, l'empathie est nécessaire, car elle permet de les accueillir, mais il faut y ajouter le travail de pensée qui les transforme en symbolisation. L'adulte a une relation asymétrique vis-à-vis du bébé, il en a la responsabilité, mais il a aussi une maturité et un rapport au temps et à l'espace qui lui permet d'anticiper ce qui va se passer, d'interpréter les signaux de l'enfant et de leur donner du sens. C'est ce qui va introduire la symbolisation.

Or, il est difficile d'accueillir les affects et les émotions négatives, douleur, tristesse, détresse... c'est pourquoi nous avons aussi des mécanismes de défense qui nous empêchent de les percevoir, ce sont les mécanismes d'évitement, d'aveuglement, de déni.... Et on a beau vouloir être bientraitant ils agissent aussi en nous.

Quelle Bienveillance pour les professionnels ?

Il est important de rappeler la nécessaire autorité légitime et la justice au sein de toute institution. Ainsi, se dire bien traité en tant que professionnel, serait de pouvoir vivre dans (*l'éthos*), le monde humain, tel que le définit Ricoeur :

« *Souhait d'une vie accomplie, avec et pour les autres, dans des institutions justes.* ³⁰ »

Cette définition avec ces trois termes concerne également pour lui la constitution de la personne. L'estime de soi est le résultat d'une vie accomplie, la sollicitude concerne le rapport à l'autre³¹. En abordant le concept d'institution, il distingue les relations interpersonnelles (comme l'amitié), des relations institutionnelles (ayant pour idéal la justice), ce qui restitue la dimension politique de *l'éthos*, (le monde humain). Il ne conçoit l'action humaine que comme interaction sous des formes innombrables variant de la coopération à la compétition et au conflit.

C'est pourquoi l'éthique de l'interaction se définit par son rapport à la violence et, par-delà la violence, par rapport à la possibilité de victimisation inscrite dans le rapport agir-subir. La bienveillance institutionnelle serait alors de rejoindre la triade éthique dont parle Ricoeur : « souci de soi, souci de l'autre, souci de l'institution. ³² »

De l'Idéal soignant au soignant « suffisamment bon »

L'Idéal soignant comporte aussi des dangers, comme la mère qui veut être parfaite avec son enfant et qui n'y parvient pas. Les deux extrêmes du soin sont la perfection, la sainteté, et le rejet et la violence.

Le soin oscille entre ces deux penchants. Celui qui prodigue des soins se retrouve dans la tentative épuisante d'être dans la perfection à l'égard du patient et potentiellement dans le rejet de celui qui demande l'impossible. Nous rappellerons alors la sagesse de Winnicott pédiatre et psychanalyste qui nous dit que le bébé a besoin pour bien se développer d'une mère « suffisamment bonne ». En tant qu'humains soyons modestes et efforçons nous d'être des soignants « suffisamment bons » pour bien vivre ensemble.

On ne pourra jamais éradiquer la maladie, elle fait partie de la vie. Canguilhem nous rappelle qu'elle est une adaptation du vivant à un environnement morbide et l'appel au tiers pour la guérison. Elle fait partie des éléments mobilisateurs qui permettent dans les moments difficiles des rencontres pour retrouver la santé et l'autonomie.

²⁸ Myriam David, *Les bébés, leurs parents, leurs soignants*, coll. Spirale, érès.

²⁹ Esther Bick.

³⁰ Paul Ricoeur, *Lectures, 2, La contrée des philosophes*, Seuil, 1992.

³¹ *idem* : « La réciprocité qui institue l'autre comme mon semblable et moi-même comme le semblable de l'autre. [...] Autre mon semblable, tel est le vœu de l'éthique à l'égard du rapport entre l'estime de soi et la sollicitude. »

³² *Idem*.

Le soin dans les interactions précoces, en étant attentif aux risques de maltraitance de l'enfant par ses parents et ses proches, ne nous met pas à l'abri, hélas, nous aussi professionnels, de proposer de mauvaises indications, et donc comme en parle Bernard Golse, donner des mauvais traitements à l'enfant et à sa famille³³. Quand on n'a pas pris suffisamment de temps pour évaluer une situation, quand on propose un groupe à une mère qui n'est pas en état de supporter le regard d'autres mères, quand on adresse l'enfant à un thérapeute qui n'est pas celui qu'il faut pour résoudre ses difficultés, quand on change des prises en charge sans concerter les personnes qui y sont associées, on prodigue des mauvais traitements.

Aucune institution n'étant idéale, c'est avec ces « loupés », qu'il nous faut remettre en cause nos compétences professionnelles et notre capacité à travailler en équipe régulièrement. Respecter le cadre de travail³⁴ de chacun même s'il est de temps à autre, questionné dans son efficacité met tout de même à l'abri de passages à l'acte, qui déstabilisent non seulement les membres de l'équipe pluridisciplinaire, mais surtout les enfants et les familles déjà malmenés par la vie. Plutôt que de leur faire reporter la responsabilité de nos incohérences quand elles ont lieu, en les renvoyant à leur pathologie, avec le risque d'une rupture des soins.

Nous avons la responsabilité des personnes que nous accueillons, et cela dès que nous les avons rencontrés et pour toujours du point de vue éthique. Nous avons en nous un « idéal du bien traiter », comme le dit Michel Basquin³⁵, un désir d'excellence, et je rajouterai un « idéal de bien se traiter » soi-même et entre nous. Et quand nous ne pouvons pas l'appliquer, nous souffrons.

Ainsi, s'inscrire dans une démarche d'accompagnement au quotidien vers l'amélioration de la relation et du soin personnalisé peut être l'ambition d'un soignant suffisamment bon. Il serait toujours celui qui est à la recherche de l'*excellence du soin* qui est en même temps une technique et un art. Car les soins du corps peuvent permettre de se sentir exister grâce aux gestes aux paroles et dans regard d'autrui. Ce sont ces gestes qui apprennent la confiance, le respect, le bien-être, la reconnaissance.

Du moral au politique

Nombreux sont les philosophes qui ont mis le Bien hors de portée des humains, depuis Platon qui nous parle du Bien en soi, inaccessible, car appartenant au monde parfait des Idées, que nous avons quitté en étant plongés dans le fleuve (*Léthé*) de l'oubli avant notre naissance, à Hannah Arendt qui nous met en garde quand le bien devient une affaire publique :

« Car il est clair que dès qu'une bonne œuvre se fait connaître, devient publique, elle cesse d'appartenir spécifiquement au bien, d'être accomplie uniquement pour le bien. [...] »³⁶

La bonté qui paraît au grand jour n'est plus de la bonté, même si elle reste utile en tant que charité organisée ou comme acte de solidarité. » Elle nous rappelle ce que disait Socrate :

« Nul ne peut être sage » d'où est sorti l'amour de la sagesse, la philosophie. [...] L'amour de la sagesse et l'amour de la bonté, s'ils se résolvent en activités consistant à philosopher et à faire le bien, ont ceci en commun qu'ils cessent immédiatement, qu'ils s'annulent pour ainsi dire, dès que l'on admet qu'il est possible à l'homme d'être sage ou d'être bon. [...] »³⁷

Pour Kant tout homme doit être respecté, tout homme possède une dignité, tout homme a droit à la vérité. Il fait une distinction entre la morale qui a à voir avec l'intériorité humaine où les juges n'ont rien à faire, et la politique qui regarde l'humanité de l'extérieur.

« Kant s'oppose à la médiocrité ambiante : nous habitons deux mondes, deux cités, le règne des fins et le règne des choses, la république morale et la cité politique où j'ai des décisions à prendre. Et il nous faut habiter ces deux mondes à la fois »³⁸.

En somme vouloir imposer la bien-traitance relèverait de l'utopie car alors ce serait la morale qui tiendrait lieu de politique.

³³ Bernard Golse, « Les enfants victimes de mauvais traitements », in *Qu'est-ce que bien traiter ?*, Enfance et psy, érès, 1998, p.79

³⁴ Patrick Mauvais, « Bientraitance des professionnels, condition première de la bientraitance du tout-petit » in Dossier : Bientraitance, Les cahiers de la puériculture n° 15 4 mars 2002.

³⁵ Michel Basquin, « L'idéal du bien traiter » in *Enfance et psy*, n°2, Dossier « Qu'est-ce que bien traiter ? », érès, 1998, p. 87.

³⁶ Hannah Arendt, *Condition de l'homme moderne*, Calmann-Lévy, 1961 et 1983, pp. 86-87

³⁷ *Idem.*

³⁸ Eric Fiat, cours de 2^{ème} année DESS d'éthique médicale et hospitalière, 6 mars 2003.

Nous sommes en plein dilemme entre l'intériorité de chacun, les relations intersubjectives, interpersonnelles de l'intimité d'une famille, avec un professionnel, et le domaine politique qui organise, planifie et finance les formations et les institutions, et statue sur les priorités. Cette oscillation entre morale et politique a été abordée largement par Kant pour qui la morale n'est jamais en conflit avec la politique, car c'est elle, la morale, qui prime toujours.

« Car la morale tranche le nœud du politique, sitôt qu'elles entrent en conflit. Le droit de l'homme doit être tenu pour sacré, quelques soient les sacrifices qu'il en coûte au pouvoir dominant...³⁹ »

Kant rappelle que le but universel du public est le bonheur et que la tâche spécifique de la politique est de s'accorder avec lui pour lui permettre d'atteindre cet état.

Vers un idéal, l'humilité nécessaire ou de la « Bientraitance » à la « bien-traitance »

Danielle Rapoport rappelle que le trait d'union initial, lors de la création de ce mot signifiait : « être relié ». Etre relié « à soi-même » d'abord, à ses besoins vitaux et à son rythme propre. Ensuite « à ses parents », c'est-à-dire à son histoire et à sa dimension transgénérationnelle, enfin à une équipe, car le métier de soignant ou d'éducateur ne peut s'exercer seul. Etre relié dans une relation qui n'enferme pas implique nécessairement une fonction « tiers ». Cela peut être un projet que l'on porte en soi, une personne qui va aider à penser, et à ne pas être trop happé par ses émotions ni par l'agir.⁴⁰

Aller vers la bien-traitance, est aussi en lien avec le fait de se sentir compétent, c'est-à-dire de se sentir capable d'exercer une action qui va avoir une influence sur l'environnement et sur autrui. La bien-traitance se rapproche ainsi davantage d'un état d'esprit, de la bienveillance et de la mise en place d'éléments de *prévenance*, c'est-à-dire de ce qui va contribuer à créer les conditions d'un accueil et d'une relation favorables à une vie humaine heureuse. D'autres ont vu dans ce trait d'union, un élan, une mise en tension vers ce bien, il rejoint ce qu'Héraclite disait : « Le monde est une harmonie de tensions⁴¹. » C'est pourquoi, de part notre condition humaine, il sera toujours question de tendre vers le bien.

Conclusion

Ce n'est pas en termes de « contre la maltraitance », ou « pour la bien-traitance » que l'on aborde une famille. L'accueil est le premier geste vers la bien-traitance.

« La rencontre, c'est un regard qui envisage, pas un regard qui dévisage »⁴²

L'enjeu de la Bientraitance est un enjeu d'humanité : pour les enfants il porte l'espérance que des enfants bien-traités, pourront plus facilement devenir des adultes bien-traitants. Il demande l'effort d'une société. « La bien-traitance des plus vulnérables d'entre les siens est l'enjeu d'une société toute entière... un enjeu d'humanité.⁴³ »

La naissance de l'éthique est dans les premiers soins, c'est dans la petite enfance que se construisent les bases et les fondements de l'éthique ; en s'appropriant ce qui est bon et mauvais pour soi, dans la relation à l'adulte, à travers le toucher, les gestes et les paroles au cours des soins de maternage, en établissant des premières relations dans la confiance en l'adulte, fondements de la confiance en l'autre. Mais l'être humain a ceci de particulier qu'il peut évoluer avec plus ou moins de jeu tout au long de sa vie. C'est pourquoi la recherche de la bien-traitance, se décline dans toutes les situations de la vie ou l'un est dépendant de l'autre parce que plus faible, vulnérable, malade, âgé.

³⁹ Emmanuel Kant, *Projet de paix perpétuelle*, mille et une nuits, n°327, 2001, « Appendice I, De la mésentente entre la morale et la politique en vue de la paix perpétuelle », « Ainsi la vraie politique ne peut faire un pas sans avoir d'abord rendu hommage à la morale, et bien que la politique, soit, en elle-même, un art difficile, l'union de la politique et de la morale n'est pas un art [...] On ne peut pas ici couper la poire en deux et inventer le moyen terme d'un droit obéissant à des conditions pragmatiques (entre le droit et l'intérêt) » ; p. 43-59.

⁴⁰ Myriam Rasse, Journées pédagogiques, L'horizon, Malakoff, octobre 2008.

⁴¹ Héraclite d'Ephèse.

⁴² Phrase d'Elie Wiesel, citée lors de la journée sur « la bientraitance », Ministère de la famille et de l'enfance, 18 novembre 2004.

⁴³ Marie-Jeanne Reichen, dans *L'enfant en pouponnière et ses parents : conditions et propositions pour une étape constructive*.

Aux différents âges de la vie, la bien-traitance renvoie à ce qu'il y a de meilleur en l'homme, le souci de son bien-être et pourquoi pas de son bonheur. Chaque rencontre est une occasion de restaurer de la confiance, un rapport plus doux à son propre corps surtout s'il souffre. La bien-traitance, n'est-ce pas prendre soin d'autrui avec bienveillance et prévenance, c'est-à-dire avec attention et délicatesse, en ayant anticipé ce qui pourrait favoriser un bon soin, une bonne rencontre ?

La bien-traitance, qui a toujours lieu entre des personnes à un niveau intersubjectif, dans des situations contingentes, suppose la sagesse pratique, (la *prudence*⁴⁴ aristotélicienne), la bonne parole, le bon soin au bon moment (le *kairos*⁴⁵), par la bonne personne. C'est pourquoi elle s'écrit avec un petit « b », humain, terrestre, aristotélicien, et non un « B » majuscule qui renverrait au Bien Idéal du monde céleste et inaccessible de Platon. Elle suppose « le respect mis en acte, vis-à-vis de la personne que l'on accueille, et avec laquelle on se comporte avec respect psychique, physique et affectif. ⁴⁶ »

La bien-traitance, si elle s'étend aux générations à venir ne concerne pas seulement les enfants leurs parents et les institutions, mais doit s'étendre à tout le vivant et implique la responsabilité dont parle Hans Jonas⁴⁷. Enfin, la bien-traitance devrait placer l'éthique comme responsabilité première, au sens où autrui, comme le dit Levinas m'oblige ; sans oublier qu'il est irréductiblement différent de soi.

« [...] autrui est celui que je ne peux pas inventer. Il résiste de toute son altérité à sa réduction au même, fût-ce (et même surtout) au même que moi [...] »⁴⁸

Autrui est à la fois semblable et différent de moi. Et cependant, l'empathie, l'identification que l'on ressent vis à vis de lui peuvent nous aider à sentir ce qui peut être son intérêt, son bien-être. Découvrir cette capacité à être satisfait et comblé à certains moments peut conduire l'être humain, de l'avidité sans fin et de l'envie destructrice, à la gratitude qui est une voie d'accès vers le bonheur. Ces paroles d'enfants nous confirment dans cette voie du bonheur vers lequel nous tendons : « La bien-traitance c'est quand on est bien tous ensemble et qu'on peut grandir ». « La bien-traitance, c'est quand on peut être heureux. ⁴⁹ »

⁴⁴ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, Vrin, 1990.

⁴⁵ *Idem*.

⁴⁶ Francisca Flamand, Dossier : *Bien-traitance*, in « *Cahiers de la puéricultrice* », n°154, mars 2002, pp13-23.

⁴⁷ Hans Jonas, *Le principe responsabilité*, Champs Flammarion, 1990.

⁴⁸ Emmanuel Levinas, *Totalité et infini*. Le Livre de Poche, 1971.

⁴⁹ « *Cahiers de la puéricultrice* », n°154, mars 2002, *op. cit.*

Bien traiter autrui : des situations de relations humaines et sociales à contextualiser

Françoise BOUCHAYER, Sociologue, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Marseille

Bien traiter autrui : des situations de relations humaines et sociales à contextualiser

Françoise Bouchayer

SHADYC (Sociologie, histoire, anthropologie des
dynamiques culturelles)

UMR EHESS-CNRS, Marseille

Bienveillance: approches du concept, sens pour agir,
objet d'évaluation
CREAI PACA et Corse, 28 Mai 2009, Marseille

1

Le rapport à l'autre en situation d'aide, de soins, d'accompagnement, d'éducation, de soutien, etc...

Des « soins » assurés par des professionnels,
auprès de personnes et de groupes très divers
-s'inscrivant dans des dispositifs institutionnels :
- en établissement, en milieu ouvert/à domicile,
- des politiques publiques et des systèmes de
prise en charge (la protection sociale).

➔ Des professionnels situés en position d'interface
entre des « usagers » et des institutions.

2

Des métiers difficiles

Il n'est pas aisé, cela ne va pas de soi de
s'occuper quotidiennement de personnes qui
présentent un certain nombre de « troubles », de
handicaps physiques ou psychiques, qui
s'expriment sur la base de comportements
diversifiés, avec lesquels il n'est pas toujours
facile de communiquer, de composer, etc.

➔ « *L'effet patient* », c'est à dire la prégnance
de leur présence dans l'exercice de *la fonction
soignante de proximité*.

3

La complexité des affects et des ressentis

Les compétences, les ressources cognitives et
pratiques acquises par la formation sont essentielles,
et coexistent avec les composantes psychiques,
affectives, émotionnelles qui parcourent les relations
interpersonnelles d'aide, d'éducation,
d'accompagnement.

L'ambivalence est inhérente aux affects.
La dynamique de l'aide peut être traversée de
sentiments d'agacement, de rejet ou de détestation /
de bienveillance, d'empathie, de sollicitude, etc.

Le professionnel du soin est aussi un sujet (un
profane)

4

Quelques exemples issus de recherches en psychodynamique du travail

(Pascale Molinier, Christophe Dejours)

Les auxiliaires de puériculture travaillant en crèche :
- la routine enjolivée
- le manque à gagner en bienveillance dénié
- une mise en cohérence par un discours intégré
sur l'amour des enfants

Les aides-soignantes exerçant en maison de retraite :
- les phénomènes de « tri » et de traitement
différentiel des résidents.

5

Recherche sociologique sur les professionnels de santé de première ligne (Françoise Bouchayer)

Pour assurer la « supportabilité » au quotidien et la « tenabilité » sur le long terme des parcours professionnels de ces métiers « exposés » : la nécessaire construction personnalisée des métiers du soin : patientèle diversifiée/orientée ; organisation du travail ; variabilité des pratiques.

Les indicateurs d'une « surexposition » aux difficultés des métiers de l'aide à autrui : les sorties précoces d'activité, l'épuisement professionnel, le déficit d'attractivité de certaines fonctions.

6

L'importance des contextes institutionnels

En matière de soutien et d'accompagnement des professionnels en exercice auprès des « usagers », des enfants, des adolescents, etc.

Le rôle central de l'encadrement dans les établissements.

Le rôle des tutelles :

- ministère, DDASS et DRASS, ANESM,
- des dispositifs payeurs,
- des nouvelles modalités de gestion

(management) et de régulation (bonnes pratiques).

7

Penser le triptyque professionnels / usagers / instances gestionnaires

Ce qui se joue dans les échanges professionnels - bénéficiaires, au delà de la seule relation duelle, et intégrer dans la réflexion « *l'effet tiers gestionnaire* » (l'encadrement et les tutelles)

Idée (hypothèse) générale : les modalités d'intervention du tiers gestionnaire ont des incidences sur les relations « soignants-soignés »

8

Les échanges soignants-soignés sont façonnés par la tonalité et les formes d'intervention des dispositifs d'encadrement institutionnels.

Notion de délinquance institutionnelle et professionnelle développée par certains auteurs à propos de la maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux (Navelet et Guérin-Carnelle, 1997).

Le travail social à l'épreuve d'un environnement institutionnel en recomposition (Lafore, 2009)

Entre soins aux patients âgés et dispositifs gestionnaires dans le champ de la santé : le travail sous tension des professionnels de santé de première ligne (Bouchayer, 2009)

9

La promotion d'une culture institutionnelle et professionnelle de la bientraitance dans le champ de l'aide et des soins

= La valorisation de bonnes pratiques, dans leurs dimensions techniques et humaines

= Le soutien aux métiers et fonctions de l'accompagnement à autrui en difficulté

Reste à considérer :

Le prescriptif institutionnalisé / la réalité, la nature et la complexité des situations institutionnelles, professionnelles, interpersonnelles

L'injonction au « tout pour les usagers » : quel devenir, quels effets, quelles possibilités d'appropriation?

10

Éléments de bibliographie

Bouchayer Françoise (2002), « La construction du rôle de soignant : propositions pour une approche socio-anthropologique de la bienveillance et de l'indifférence », *Santé publique et sciences sociales*, 2002, n°8-9, pp 53-68.

Bouchayer Françoise (2006), « Soigner des personnes âgées : quels effets sur les professionnels de santé ? », *Swiss Journal of Sociology*, 32, n°3, pp 457-474.

Lafore Robert (2009), Le travail social à l'épreuve d'un environnement institutionnel en recomposition, *Informations sociales*, n°152, pp 14-22.

Molinier Pascale (2004), « La haine et l'amour. Une critique de l'éthique du dévouement », *Nouvelles questions féministes*, vol. 23, n°3, pp 12-25.

Navelet Claude et Guérin-Carnelle Brigitte (1997), *Psychologues au risque des institutions*, Paris, éditions Frison-Roche. 11

Situations de maltraitance. Analyser pour comprendre, transformer et prévenir

Eliane CORBET, Psychopédagogue, Directrice Technique, CREA1 Rhône-Alpes

**Analyser
pour comprendre
transformer
prévenir**

Éliane CORBET
Directrice technique
CREAI Rhône-Alpes

ÉLIANE CORBET / AIX-EN-PROVENCE / JEUDI 28 MAI 2009

1

RAPPORT IGAS 2006

les dispositifs de bientraitance
ne traitent pas suffisamment de
la lutte contre la maltraitance

ÉLIANE CORBET / AIX-EN-PROVENCE / JEUDI 28 MAI 2009

2

**L'identification
des risques**

ÉLIANE CORBET / AIX-EN-PROVENCE / JEUDI 28 MAI 2009

3

IDENTIFIER LES SITUATIONS DE RISQUE

identifier et évaluer les risques liés
à la vulnérabilité
à la dépendance
à la pathologie
aux situations des personnes
accueillies ou suivies

ÉLIANE CORBET / AIX-EN-PROVENCE / JEUDI 28 MAI 2009

4

IDENTIFIER LES SITUATIONS DE RISQUE

Identifier et évaluer les risques liés
aux conditions d'accueil
à la cohabitation
et/ou
à l'environnement immédiat

→ Les situations d'intervention à risques
(pour les professionnels, les bénévoles, les usagers)

ÉLIANE CORBET / AIX-EN-PROVENCE / JEUDI 28 MAI 2009

5

IDENTIFIER LES SITUATIONS DE RISQUE

les situations de risque accru de maltraitance

relation de dépendance
situations d'alerte
suppléance aux fonctions parentales
séparations et moments de passage
modalités d'accueil

6

ÉLIANE CORBET / AIX-EN-PROVENCE / JEUDI 28 MAI 2009

IDENTIFIER LES SITUATIONS DE RISQUE

les effets sur les personnels
de la relation prolongée
avec des personnes vivant une
situation de grande dépendance

« l'inquiétante étrangeté »

« la peur du fou »

7

ÉLIANE CORBET / AIX-EN-PROVENCE / JEUDI 28 MAI 2009

IDENTIFIER LES SITUATIONS DE RISQUE

« l'inquiétante étrangeté »

le rapport à l'autre
et la violence du même

la dialectique
du proche et du lointain

la dialectique
du familier et de l'étranger

8

ÉLIANE CORBET / AIX-EN-PROVENCE / JEUDI 28 MAI 2009

IDENTIFIER LES SITUATIONS DE RISQUE

la « peur du fou »

le sentiment de vidange
ou d'invasion

le sentiment d'inanité

9

ÉLIANE CORBET / AIX-EN-PROVENCE / JEUDI 28 MAI 2009

IDENTIFIER LES SITUATIONS DE RISQUE

la situation
d'alerte continue

le qui-vive permanent

10

ÉLIANE CORBET / AIX-EN-PROVENCE / JEUDI 28 MAI 2009

IDENTIFIER LES SITUATIONS DE RISQUE

la suppléance aux fonctions
parentales

Une position « insolite »

11

ÉLIANE CORBET / AIX-EN-PROVENCE / JEUDI 28 MAI 2009

l'analyse de l'enchaînement évènementiel

une démarche d'analyse
une démarche d'action

12

ÉLIANE CORBET / AIX-EN-PROVENCE / JEUDI 28 MAI 2009

L'ANALYSE DE L'ENCHAINEMENT EVENEMENTIEL

l'analyse
de l'enchaînement évènementiel
permet de guider

les actions de mobilisation
et de transformation

13

ÉLIANE CORBET / AIX-EN-PROVENCE / JEUDI 28 MAI 2009

L'ANALYSE DE L'ENCHAINEMENT EVENEMENTIEL

Lors de la survenue
d'une situation de maltraitance

comprendre ce qui a pu l'engendrer
veiller à sa non reproduction
garantir la protection de la personne
soutenir les actions de réparation
restaurer une équipe de professionnels

14

ÉLIANE CORBET / AIX-EN-PROVENCE / JEUDI 28 MAI 2009

L'ANALYSE DE L'ENCHAINEMENT EVENEMENTIEL

Mise en place d'un groupe de travail

une attention
aux conditions de fonctionnement
à sa composition

garantir
la représentativité
l'ouverture de l'institution

15

ÉLIANE CORBET / AIX-EN-PROVENCE / JEUDI 28 MAI 2009

L'ANALYSE DE L'ENCHAINEMENT EVENEMENTIEL

Mise en place d'un groupe de travail

ses objectifs :
produire et communiquer
une analyse partagée de
la situation et de son contexte
des perspectives
de transformation à encourager

16

ÉLIANE CORBET / AIX-EN-PROVENCE / JEUDI 28 MAI 2009

L'ANALYSE DE L'ENCHAINEMENT EVENEMENTIEL

Mise en place d'un groupe de travail

à partir de l'enchaînement des faits,
interrogation :
des pratiques / procédures / protocoles
observations / connaissance des situations
identification des facteurs de risque
de leur degré d'appropriation par les
professionnels
appréciation du climat socio - émotionnel

17

ÉLIANE CORBET / AIX-EN-PROVENCE / JEUDI 28 MAI 2009

l'analyse s'appuie sur
des auditions
des écrits

*une description écrite des faits
(par les témoins, les acteurs concernés)*

des extraits de supports de
transmission des informations
exemple les carnets de liaison

18

Le plan d'action conseillé
sera issu de l'analyse

nature des actions
programmation

ordonnancement des actions
répartition entre les acteurs

19

la programmation d'un plan d'action

actions à conduire
dans de brefs délais
d'autres à court terme
d'autres dans la durée
différents registres d'action

20

la programmation d'un plan d'action

actions
immédiates de traitement
de sortie de crise
de prévention

21

la programmation d'un plan d'action

actions visant à
introduire ou renforcer
les dispositifs de vigilance
réinterroger la qualité
d'accueil et d'accompagnement

22

en ouvrant des perspectives d'action

participe à la prévention
de maltraitements

encourage
une nouvelle réflexion
sur les pratiques

23

la contribution du groupe de travail

peut se poursuivre
pour le suivi
des actions retenues

voire se transformer
en groupe ressource
ou en comité éthique

24

installer une vigilance en continu

pour un dispositif d'étayage
des professionnels

l'exigence de vigilance

l'exigence de la pensée

25

La démarche d'évaluation interne de l'ANCREAI : une démarche de réflexion participative pour l'analyse de l'activité et la qualité des prestations, un pas de plus vers la bientraitance

Colette CALANDRE, Conseillère Technique, CREAI PACA Corse



Bientraitance :
approches du concept, sens pour agir,
objet d'évaluation

Conférence 28 mai 2009

LA DEMARCHE D'EVALUATION INTERNE

Un outil pour la promotion de la bientraitance

Colette CALANDRE
CREAI Provence Alpes Côte d'Azur & Corse- Mai 2009

1

Association Nationale des CREAI : ANCREAI (1/2)

- depuis 1997 : méthode d'évaluation des dispositifs de services rendus
- des centaines d'établissements et services sur tout le territoire
- tous les secteurs de l'action sociale et médico-sociale

Dans une logique de l'évaluation, qui tresse ensemble

- une logique de contrôle : conformité au cadre réglementaire, aux préconisations
- une logique « du reste » : recherche du sens des actions, compréhension de l'intentionnalité des acteurs... (M. Vial, 1995)

Cette logique sert à la fois la professionnalisation individuelle et l'identité institutionnelle.

Colette CALANDRE
CREAI Provence Alpes Côte d'Azur & Corse- Mai 2009

2

Association Nationale des CREAI : ANCREAI (2/2)

Principes de la méthode ANCREAI :

- une démarche de formation participative
- un outil diagnostique partagé
- la qualité de l'intervention comme objet de l'évaluation interne
- un diagnostic pluridimensionnel
- un outil polyvalent et adaptable

Colette CALANDRE
CREAI Provence Alpes Côte d'Azur & Corse- Mai 2009

3

Un dispositif de formation adapté aux moyens de chaque structure

Plusieurs possibilités selon la taille de la structure et ses ressources :

- ☞ Formation-action collective pour tous les acteurs : animation CREAI.
- ☞ Formation régulation pour un groupe d'acteurs représentants plusieurs structures : régulation avec CREAI pour ajustement.
- ☞ Acquisition de nouvelles compétences pour la structure : formation à la fonction d'animateur/référent évaluation interne.

 **Mutualisation possible des formations** 

Colette CALANDRE
CREAI Provence Alpes Côte d'Azur & Corse- Mai 2009

4

Participation des usagers

- Chaque structure choisit et motive le mode de participation des usagers.

Selon la taille de la structure, sa nature, la population accueillie.

Les résultats de cette participation sont intégrés au rapport d'évaluation interne, et les propositions incluses dans le cahier des améliorations.

Colette CALANDRE
CREAI Provence Alpes Côte d'Azur & Corse- Mai 2009

5

PERICLES ARCHITECTURE DU REFERENTIEL

13 plans

3 groupes de plans

158 références

Colette CALANDRE
CREAI Provence Alpes Côte d'Azur & Corse- Mai 2009

PLANS DU SERVICE RENDU A L'USAGER	PLANS GENERAUX	PLANS DES RESSOURCES
3 DIMENSIONS DES INTERVENTIONS	2 DROITS DES USAGERS	10 RESSOURCES HUMAINES
4 ASSOCIATION DE L'USAGER ET DE SA FAMILLE AUX PROJETS	1 LE PROJET D'ETABLISSEMENT OU DE SERVICE	11 RESSOURCES MATERIELLES
5 REGISTRES DES INTERVENTIONS	8 GARANTIES ET RESPONSABILITES	12 RESSOURCES FINANCIERES
6 INTERVENTIONS D'ETAYAGE ET/OU DE SUPPLEANCE	9 PREVENTION ET TRAITEMENT DE LA MALTRAITANCE	13 RESSOURCES DE L'ENVIRONNEMENT
7 COHERENCE DES INTERVENTIONS		

Colette CALANDRE
CREAI Provence Alpes Côte d'Azur & Corse- Mai 2009

PLANS GENERAUX

1
LE PROJET D'ETABLISSEMENT
OU DE SERVICE

Au regard

- des missions,
- des besoins des personnes
- des schémas
- du projet associatif
- comme référence pour l'action.

Colette CALANDRE
CREAI Provence Alpes Côte d'Azur & Corse- Mai 2009

PLANS GENERAUX

2
DROITS DES USAGERS

En lien avec la charte des droits des usagers et la loi 2002-2

- la connaissance
- l'application
- l'accès aux droits

Colette CALANDRE
CREAI Provence Alpes Côte d'Azur & Corse- Mai 2009

PLANS DU SERVICE RENDU A L'USAGER

3
DIMENSIONS DES INTERVENTIONS

Dimension individuelle : le dossier, le projet individualisé
Dimension collective : procédures et conditions d'accueil

Colette CALANDRE
CREAI Provence Alpes Côte d'Azur & Corse- Mai 2009

PLANS DU SERVICE RENDU A L'USAGER

4
ASSOCIATION DE L'USAGER ET DE SA FAMILLE AUX PROJETS LES CONCERNANT

Le dispositif pour faciliter la participation

- des usagers (sollicitation, écoute, prise en compte)
- des aidants (pour les enfants et les adultes)

Illustration ESAT/FAJ/SAVS
Association Avath-Ermitage Toulon

Colette CALANDRE
CREAI Provence Alpes Côte d'Azur & Corse- Mai 2009

PLANS DU SERVICE RENDU A L'USAGER

5 REGISTRES DES INTERVENTIONS

Les réponses apportées dans les registres

- éducatif et social
- pédagogique
- des activités à connotation «travail»
- thérapeutique

Colette CALANDRE
CREAI Provence Alpes Côte d'Azur & Corse- Mai 2009 12

PLANS DU SERVICE RENDU A L'USAGER

6 INTERVENTIONS D'ETAYAGE ET/OU DE SUPPLEANCE

Soutenir l'environnement ordinaire dans sa capacité à répondre aux besoins de la personne.

- Les parents
- La famille ou l'environnement proche
- Les structures de l'environnement social ordinaire

Colette CALANDRE
CREAI Provence Alpes Côte d'Azur & Corse- Mai 2009 13

PLANS DU SERVICE RENDU A L'USAGER

7 COHERENCE DES INTERVENTIONS

Continuité (parcours de vie)
Complémentarité (coopération interne et externe)

Colette CALANDRE
CREAI Provence Alpes Côte d'Azur & Corse- Mai 2009 14

PLANS GENERAUX

8 GARANTIES ET RESPONSABILITES

Les responsabilités de chaque acteur et les garanties assumées aux autres niveaux :

- organisme gestionnaire
- direction
- professionnels

Colette CALANDRE
CREAI Provence Alpes Côte d'Azur & Corse- Mai 2009 15

PLANS GENERAUX

9 PREVENTION ET TRAITEMENT DE LA MALTRAITANCE

Application de l'instruction de la DGAS du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance

- dispositif de prévention : outils de la loi 2002-2....
- dispositif de traitement : signalement, protection...

Illustration IME/SESSAD le Bois St-Jean GAP

Colette CALANDRE
CREAI Provence Alpes Côte d'Azur & Corse- Mai 2009 16

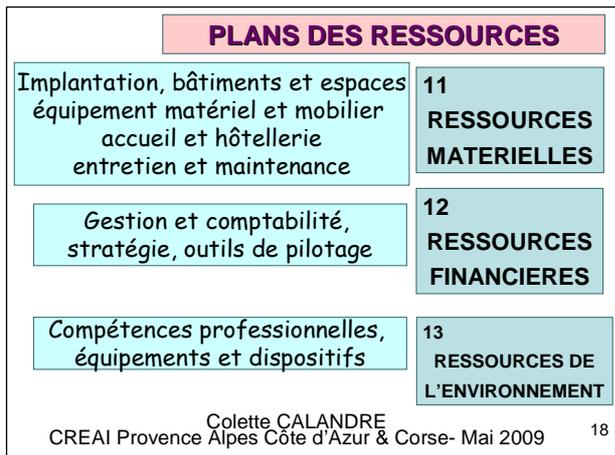
PLANS DES RESSOURCES

Moyens humains
organisation du travail
promotion des compétences
relations sociales

10 RESSOURCES HUMAINES

Illustration FAM le Siou Blanc – Association ARTEAI Solliès-Toucas 83

Colette CALANDRE
CREAI Provence Alpes Côte d'Azur & Corse- Mai 2009 17

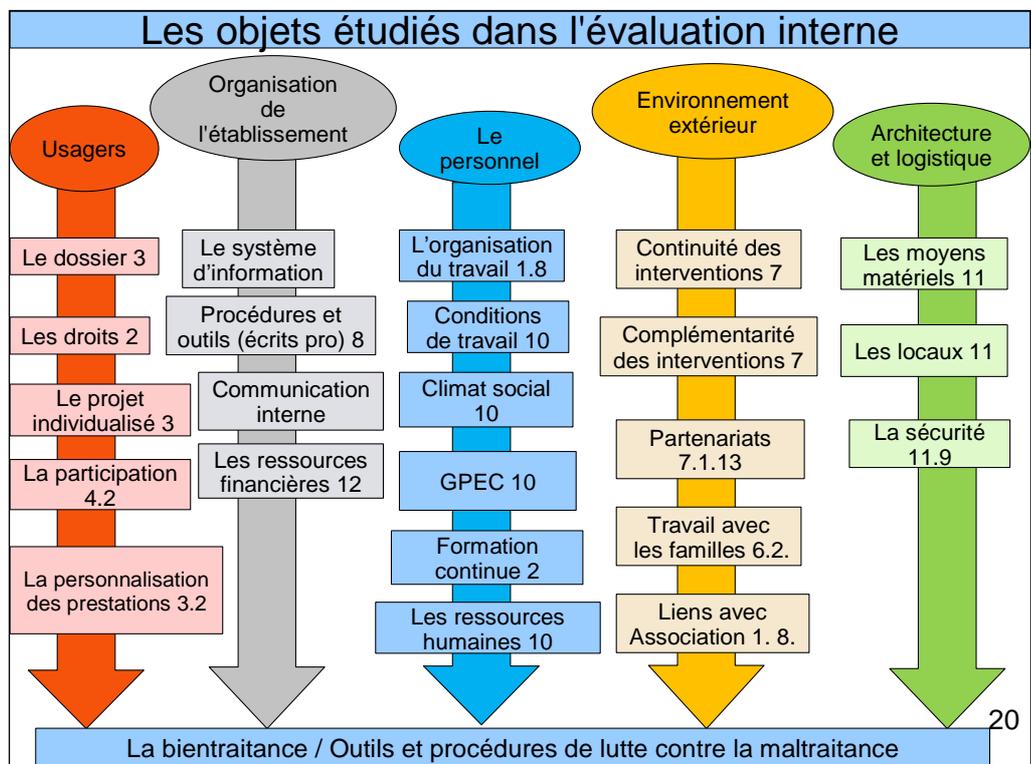


Une présentation de Péricle's centrée sur la bientraitance

5 objets qui concourent à la promotion de la bientraitance et à la lutte contre la maltraitance dans Péricle's

- l'accueil de l'utilisateur
- l'organisation de l'établissement
- le personnel
- l'environnement extérieur
- l'architecture et la logistique

Colette CALANDRE
CREAI Provence Alpes Côte d'Azur & Corse- Mai 2009 19



L'évaluation interne permet à chaque participant d'être

- ☞ agent car exécutant de l'injonction d'évaluation,
- ☞ acteur en participant à l'analyse et à la recherche du sens de l'action
- ☞ auteur par l'élaboration de pré-requis, critères... pour transformer le référentiel et se l'approprier.

Sur le modèle proposé par J. Ardoino (chercheur en sciences de l'éducation)

Les structures peuvent faire d'une contrainte un atout, afin de donner la valeur de ce qu'elles font, mais aussi de la valeur à ce qu'elles font.

En cela l'évaluation interne peut être un vecteur de bientraitance pour les usagers et pour les professionnels

Colette CALANDRE
CREAI Provence Alpes Côte d'Azur & Corse- Mai 2009 21

Illustration des propos ci-dessus avec des retours d'expériences

Retour d'expériences des établissements de l'AVATH Ermitage 83 : « Démarche d'évaluation interne / Association des usagers »

Laurent FISZBIN, Directeur des établissements adultes, AVATH Ermitage 83

1. Présentation de l'AVATH ERMITAGE

⇒ Pôle enfants

⇒ Pôle adultes ESAT / EA / FOJ / SAVS

- Population : Effectif / Type de handicap
- Activités : Professionnelles (ESAT / EA)
Occupationnelles (FOJ)
Développement de l'autonomie (SAVS)

2. Dans la démarche d'évaluation interne → certains choix institutionnels

- Accompagnement par le CREAL + référentiel Péricleès
- Démarche transversale à tous les établissements et services.
- Nomination d'une coordinatrice (1/4 temps en plus pour l'assistante sociale)
- Inclusion de l'entreprise adaptée (non soumise à l'obligation d'évaluation)
- Favoriser la participation des usagers

A ce titre : Démarche participative

- Via le CVS (Conseil de la Vie Sociale) et son Président
- Groupes de travailleurs handicapés (ESAT/ EA et SAVS)
- Familles et usagers FOJ

3. Dans la forme :

- Présence du Président du CVS dans le GTD (Groupe Transversal Diagnostic)
- Entretiens réalisés par le CREAL auprès des usagers et familles selon le guide d'entretien
- Renseignement par le groupe de travailleurs handicapés sous l'animation du Président du CVS, des plans du Référentiel Péricleès, remaniés pour plus de compréhension : Droit des usagers / Association des usagers / Prévention et traitement de la maltraitance/ Ressources architecturales et logistiques.

4. Pour quels résultats ?

a. Synthèse des plans précédents – Extrait : Prévention et maltraitance

Exemples :

	Points forts	Points faibles	Amélioration
Prévention	<p>Les risques sont connus, évalués par l'encadrement et les travailleurs eux-mêmes</p> <p>Vigilance de l'encadrement et des travailleurs aussi</p> <p>Liberté de parole</p>	<p>Pas de répertoire de risques</p> <p>Pas de réel dispositif de prévention des risques</p>	<p>Demande de formation pour l'encadrement (meilleure connaissance des pathologies) permettrait une pédagogie adaptée et pourrait prévenir ces risques,</p>
Traitement	<p>Situations de maltraitance, quel qu'elles soient, sont traitées (moniteur/Assistante sociale/direction), et le travailleur sait à quelle personne s'adresser</p> <p>Globalement, le soutien de la personne maltraitée est assuré</p>	<p>Pas de protocole écrit</p> <p>1 exemple où la réponse de l'encadrement a tardé à venir</p>	

b. Synthèse des entretiens CREAI / Usagers

Extraits émanant des usagers

- 1 point fort : « Le respect de l'utilisateur est un point fort de l'action des professionnels. Ils sont disponibles, à l'écoute, cherchant à aider au maximum. Le projet individualisé est travaillé avec l'utilisateur et en équipe pluridisciplinaire. »

- 1 point faible : « Si la valeur du travail est reconnue dans la recherche d'épanouissement de la personne handicapée, l'absence de soutien psychologique (pas de psychologue), donne à penser que la dimension médico-sociale en ESAT, n'est pas suffisamment prise en compte (réorganisation des activités de soutien à prévoir) ».

Retour d'expériences du SESSAD Bois Saint Jean de l'ADSEA 05

Véronique SALVI, Chef de service éducatif du SESSAD Bois Saint Jean, ADSEA 05

Je suis chef de service dans un IME/SESSAD des Hautes-Alpes à Gap, qui dépend de l'association départementale pour la sauvegarde des enfants et des adultes ADSEA 05.

L'**institut médico éducatif** accueille 80 enfants adolescents déficients intellectuels légers moyens et profonds en externat et 35 en internat, âgés de 6 à 20 ans voire plus pour ceux en attente de structures adultes. Le **service d'éducation spéciale et de soins à domicile** bénéficie de 2 agréments : Déficiants intellectuels et TCC (Troubles de la conduite et du comportement) : 24 enfants et adolescents scolarisés dans les écoles et collèges du département. L'ensemble du personnel représente 78 Salariés.

Je suis Animatrice pour l'évaluation interne d'un groupe pluridisciplinaire de 15 membres du personnel. Ce groupe transversal évalue l'IME et le SESSAD. L'évaluation interne est toujours en cours.

Concernant le plan 9 sur la maltraitance, nous avons au préalable avec des partenaires dans le département, élaboré une procédure sur les différentes formes de maltraitance, les signes d'un enfant en souffrance, et sur « comment signaler ? »

L'évaluation nous a fait réfléchir sur la prévention des risques de maltraitance en s'appuyant sur le Guide du Ministère de la santé de mars 2004, concernant la gestion des risques de maltraitance.

Nous avons repérés :

- **Les risques liés aux conditions d'installation** : inadéquation des locaux par rapport à la population accueillie, sécurité.
- **Les risques liés aux conditions d'organisation** : pilotage de l'établissement, organisation du travail, accompagnement du personnel.
- **Les risques liés à la prise en charge des usagers** : défaut de soins, excès de soins, atteint à la liberté et à l'intimité.

Nous avons listés, identifiés, analysés nos facteurs de risques et les préconisations pour les traiter.

Par exemple, le temps de la toilette des usagers devait être plus long, plus individualisé ; nous avons réorganisé les horaires du lever pour un groupe d'hébergement afin d'améliorer cet accompagnement.

Autre exemple : l'isolement de certains des membres du personnel (de par leur appartenance à un corps de métier spécifique) peut devenir maltraitant, par manque d'informations. En effet, les chauffeurs qui côtoient les enfants et ne participent pas aux réunions se sentent isolés dans leur fonction.

Nous avons donc lancé une investigation (toujours en cours) : une psychologue, membre du groupe transversal, rencontre tout le personnel de l'établissement sur ce point.

Des groupes de parole avec les usagers ont été mis en place, afin de ne pas répondre à leur place, sur la perception qu'ils ont de leur sécurité. Nous avons été surpris de leurs réponses, en effet, ils ne se sentaient pas en sécurité quand l'institutrice sortait de la classe ou pendant la récréation.

La réflexion autour de la « procédure sur la maltraitance » nous a menés d'une action d'information vers une action de prévention, en élaborant un répertoire des risques avec l'implication et la démarche participative du groupe.

A son terme, ce répertoire sera annexé à la plaquette concernant « la prévention et le traitement de la maltraitance ». Il est toujours en cours d'élaboration.

Le référentiel est un outil qu'il faut adapter à la structure, sortir du dispositif pour enrichir et dynamiser le groupe, et connaître le point de vue des usagers, familles, partenaires pour nourrir nos réflexions.

L'évaluation opère des changements au sein de l'établissement tant sur le plan des procédures, de l'accompagnement des usagers, de la communication interne et externe, que du management des équipes (formation, valorisation, conditions de travail).

Je vous remercie de votre attention.

Retour d'expériences du FAM le Siou Blanc de l'ARTEAI 83 : Bienveillance des salariés

Geneviève DEMAISON, Chef de service du FAM le Siou Blanc, ARTEAI 83

Bonjour, je suis chef de service au FAM le Siou Blanc qui est installé sur le site des Morières à Solliès Toucas depuis novembre 2006.

Notre foyer accueille un public qui présente des problématiques autistiques et psychotiques.

Ces problématiques peuvent engendrer des comportements et actes violents tant vis-à-vis d'eux même que vis-à-vis des autres résidents ou vis-à-vis des salariés.

Après quelques mois de fonctionnement nous avons observé un nombre important d'Arrêts de travail et de démissions liées à la violence des résidents, une insécurité des salariés qui se manifestait par la crainte de venir travailler et une ambiance pesante.

Ces actes de violence ont entraîné des remarques du CHSCT lors de l'évaluation des risques professionnels ainsi que des questionnements de la Médecine du travail.

Suite à ces éléments j'ai reçu une injonction de ma Direction de faire baisser les problèmes de violence et leurs conséquences.

Mais comment s'y prendre pour répondre à cet impératif ?

L'idée première pourrait être que prendre en compte les besoins et demandes des résidents, qu'être plus attentif à leurs difficultés, leur souffrance amènerait une baisse de leurs tensions et donc de la violence vis-à-vis des autres résidents ou des salariés.

Le pari que je fais est qu'il est d'abord nécessaire de bien traiter les salariés pour espérer une amélioration des comportements violents des personnes prises en charge.

L'hypothèse que je formule est la suivante :

La bienveillance des salariés entrainera une bienveillance des résidents.

La mise en œuvre de cette hypothèse passe par un projet d'action qui comprend 3 volets :

- **1 volet formation** - connaître pour agir
- **1 volet appui technique** - soutenir pour accompagner
- **1 volet travail en réseau** - partager et souffler

1^{er} volet : La Formation : connaître pour agir

1^{ère} Formation :

- Quelles sont les différences entre le fonctionnement autistique et le fonctionnement psychotique ?
- Comment ces fonctionnements se manifestent ils dans le quotidien ?
- Comment accompagner les résidents selon leur problématique ?

Sont les 3 questions essentielles soutenant ce premier volet de formation théorique de 28 heures. Cette formation est suivie par l'ensemble des salariés en CDI.

Avant sa mise en œuvre, l'équipe avait élaboré une grille d'évaluation en ayant identifié ses propres attentes et besoins. La réalisation de cette grille à priori a facilité l'implication de l'équipe.

2^{ème} Formation :

- Comment éviter de prendre des coups ?
- Comment protéger un résident de la violence d'un autre résident ?
- Comment être suffisamment rassuré pour être rassurant et par là faire baisser l'agressivité chez l'autre ?

Ce volet de formation pratique de 12 heures avec un professeur d'aïkido sous forme de jeux de rôle et de mise en situation permet d'appréhender ces questions. Cette formation a été facultative.

2^{ème} volet : L'Appui Technique en interne : soutenir pour accompagner

La mise en place d'un groupe de parole pour les encadrants animé par un psychologue extérieur répond à la question : comment évacuer rapidement la tension liée notamment aux épisodes violents ?

Mais cet espace, s'il permet d'évacuer les tensions, ne permet pas forcément de constituer des outils ou des conditions pour gérer et réduire cette violence.

L'équipe a constitué des groupes de travail qui ont réfléchi sur différents thèmes concernant le traitement de la violence ; l'un de ces groupes a élaboré une procédure à suivre en cas de passage à l'acte violent :

Par exemple :

- Interpeller un tiers et prendre de la distance
- Assurer la sécurité des résidents
- Transmettre la situation

Pour chaque situation de violence, nous vérifions si la procédure est respectée et si l'action des intervenants a eu une fonction apaisante grâce à une grille d'évaluation simple.

Un autre point essentiel qui prend davantage en compte les besoins de cadre rassurant et limité, nécessaire aux personnes autistiques ou psychotiques, a été l'aménagement de l'espace des villas. Sans vouloir tout cloisonner, un groupe de travail a imaginé un aménagement de l'espace fait de demi-cloisons qui permettraient à certains de s'isoler en cas de tension trop importante, tout en ne se sentant pas exclu du groupe. Ceci est particulièrement nécessaire pour les personnes autistes. Cette redistribution de l'espace est loin d'être un détail dans le traitement de la violence et dans la dynamique du passage à l'acte, en effet cette possibilité de ne pas rester tous ensemble sans être complètement séparé va parfois simplement éviter une "contagion" du stress.

3^{ème} volet : Travailler en réseau : partager et souffler.

« Comment limiter les risques d'usure professionnelle ? » passe également par des échanges avec d'autres établissements qui accueillent une population identique et/ou le secteur psychiatrique. Il s'agit d'apporter de l'aide aux aidants.

Ce réseau permet à l'équipe de ne pas s'enfermer dans un fonctionnement sclérosant, de prendre parfois une distance nécessaire, et au résident de bénéficier de prise en charge ou de projets différents à certains moments.

Une convention a par exemple été établie pour quelques résidents avant leur entrée au foyer. Ceci permet de trouver un relais si nécessaire pour les équipes et offre une soupape pour le résident qui peut alors bénéficier d'une prise en charge complémentaire ponctuellement.

L'existence de cette convention a permis à une résidente de trouver un certain équilibre dans ces différentes prises en charge et de pouvoir s'investir au quotidien. Même si les passages à l'acte violents sont toujours d'actualité, la possibilité d'hospitalisation sans rupture lors des « crises aiguës » rassure les salariés qui se sentent ainsi soutenus.

J'ai intégré dans ce projet d'action une grille d'évaluation prévoyant de renseigner sur le nombre des arrêts de travail, des démissions, liés à la violence des résidents.

Les résultats

Ce que l'on constate c'est une baisse significative des arrêts de travail, nous n'avons plus de démissions liées à la violence des résidents, le travail d'équipe se fait plus en confiance et un soutien entre les salariés existe. Les formations ont permis aux salariés de comprendre et d'accepter par exemple la nécessité des rituels, d'être plus disponible et d'adapter au plus près les projets aux besoins des résidents.

La modification du cadre, les compléments de prise en charge apportent également une certaine sécurité et sérénité aussi bien aux salariés qu'aux résidents.

En conclusion je peux dire que même si tout est à perfectionner et que cette expérience n'apporte pas de garantie certaine, la bientraitance des salariés entraîne une meilleure prise en compte des besoins des résidents et donc une bientraitance des résidents.



CREAI PACA et Corse
6 rue d'Arcole - 13006 Marseille

Tél : 04 96 10 06 60

Fax : 04 96 10 06 69

E-mail : contact@creai-pacacorse.com

Site : www.creai-pacacorse.com