



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

Revue de littérature

Recommandation « La bientraitance : définition et repères
pour la mise en œuvre »

Février 2008

Contact :

Oriane Delivré, chef de projet junior
oriane.delivre@sante.gouv.fr

La recommandation « Bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre » a fait l'objet d'une revue de littérature scientifique et spécialisée. Celle-ci n'avait pas pour objectif de recenser l'ensemble des productions sur le thème de la bienveillance, mais plutôt de présenter au groupe de travail un aperçu des écrits à la fois sur ce thème, ainsi que sur ceux qui étaient susceptibles de créer un débat sur la définition ou la mise en œuvre de la bienveillance.

Sommaire

I- Les textes de référence	3
II- Les ouvrages théoriques fondamentaux	5
1. Introduction	5
2. Quelques fondamentaux préliminaires au sujet de la maltraitance.....	5
3. Quelques fondamentaux théoriques pour appréhender la bienveillance	6
Sagesse pratique et moment opportun chez Aristote	6
Dignité et respect chez Kant	6
Bienfaisance en action sociale et en médecine	6
Maintien et sentiment continu d'exister chez Donald Winnicott	7
Visée éthique et sollicitude chez Paul Ricoeur	7
Education et autonomie chez Theodor Adorno.....	8
III- Les chartes relatives aux usagers des établissements et services sociaux et médico- sociaux	9
IV- Guides pour la promotion de la bienveillance et la prévention de la maltraitance	11
V- Définitions et contours de la maltraitance	12
1. Définitions de la maltraitance	12
2. Les causes de la maltraitance.....	13
Les caractéristiques des usagers.....	14
Les conditions de vie des usagers et les conditions de travail des professionnels.....	14
La direction.....	15
3. La prévention de la maltraitance	16
VI- Eléments de définition et de caractérisation de la bienveillance	20
1. Les éléments de définition de la bienveillance	20
La bienveillance renvoie à la normalisation.....	20
La bienveillance est une manière d'être et de penser	21
La bienveillance est orientée vers un « mieux »	21
La bienveillance est une adaptation aux usagers	21
La bienveillance permet d'autonomie	22
La bienveillance se base sur le respect d'autrui.....	23
2. Eléments de définition du care.....	24
3. Bonnes pratiques de bienveillance.....	25
Bibliographie	26

I- Les textes de référence

La recommandation s'inscrit dans la filiation de grands textes internationaux et français qui définissent les droits de la personne. Les textes et articles cités ci-après donnent un aperçu des droits dont font l'objet les usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Déclaration Universelle des droits de l'homme (10 décembre 1948) à l'ONU :

« Art. 3. Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne. »

« Art. 5. Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. »

Déclaration des droits de l'enfant (20 novembre 1959) à l'ONU :

« Art. 1. L'enfant doit jouir de tous les droits énoncés dans la présente Déclaration. Ces droits doivent être reconnus à tous les enfants sans exception aucune, et sans distinction ou discrimination fondées sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou autres, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, ou sur toute autre situation, que celle-ci s'applique à l'enfant lui-même ou à sa famille. »

« Art. 2. L'enfant doit bénéficier d'une protection spéciale et se voir accorder des possibilités et des facilités par l'effet de la loi et par d'autres moyens, afin d'être en mesure de se développer d'une façon saine et normale sur le plan physique, intellectuel, moral, spirituel et social, dans des conditions de liberté et de dignité. Dans l'adoption de lois à cette fin, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être la considération déterminante. »

« Art. 5. L'enfant physiquement, mentalement ou socialement désavantagé doit recevoir le traitement, l'éducation et les soins spéciaux que nécessite son état ou sa situation. »

« Art. 9. L'enfant doit être protégé contre toute forme de négligence, de cruauté et d'exploitation, il ne doit pas être soumis à la traite, sous quelque forme que ce soit. »

Déclaration des droits des personnes handicapées (9 décembre 1975) à l'ONU :

« Art. 3. Le handicapé a essentiellement droit au respect de sa dignité humaine. Le handicapé, quelles que soient l'origine, la nature et la gravité de ses troubles et déficiences, a les mêmes droits fondamentaux que ses concitoyens du même âge, ce qui implique en ordre principal celui de jouir d'une vie décente, aussi normale et épanouie que possible. »

« Art. 5. Le handicapé a droit aux mesures destinées à lui permettre d'acquérir la plus large autonomie possible. »

Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante (mars 1988 puis 1999) par la Fondation Nationale de Gérontologie et le Ministère des Affaires Sociales.

« Art. 1. Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie. Elle doit pouvoir profiter de l'autonomie permise par ses capacités physiques et mentales, même au prix d'un certain risque. Il faut l'informer de ce risque et en prévenir l'entourage. La famille et les intervenants doivent respecter le plus possible son désir profond. »

« Art. 8. La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit. »

Loi n°88-1088 du 1^{er} décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion.

« Art. 1. Toute personne qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation de l'économie et de l'emploi, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. L'insertion sociale et professionnelle des personnes en difficulté constitue un impératif national. »

Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne, 2000.

« Art. 1. La dignité humaine est inviolable. Elle doit être respectée et protégée. »

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

Par ailleurs, il nous semble important de souligner la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, car elle énonce des principes qui seront directement intégrés dans la recommandation.

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Les articles suivants ont été insérés ou modifiés dans le Code de l'action sociale et des familles de façon suivante :

« Art. L. 166-2. L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux ».

« Art. L. 311-3. L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;

2° Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;

3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;

4° La confidentialité des informations la concernant ;

5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;

6° Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;

7° La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne. »

II- Les ouvrages théoriques fondamentaux

1. Introduction

Loin de faire l'unanimité, le terme bienveillance est très inégalement retenu par les professionnels : les définitions qui en sont données, les contenus qui y sont adjoints, varient considérablement d'un écrit à l'autre.

Le retenir comme vocable définitif relève par conséquent d'un choix arbitraire, qui est néanmoins sous-tendu par plusieurs justifications :

1. Au vu du nombre de publications et de colloques sur le sujet, les professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux semblent déjà s'être approprié cette notion, et ce notamment pour des raisons bien compréhensibles de revalorisation du travail social et médico-social, et de déculpabilisation des professionnels.
2. Le terme bienveillance a le mérite de la clarté : il pose d'emblée les deux mots « bien » et « traiter », et situe immédiatement le contenu dans la sphère de l'action (et non pas seulement de l'intention).
3. Enfin et surtout, le terme bienveillance possède l'avantage de renvoyer inévitablement, de manière dialectique, à celui de maltraitance. Quiconque parle de bienveillance voit son horizon de réflexion inauguré – mais non pas clos – par l'existence de la maltraitance.

2. Quelques fondamentaux préliminaires au sujet de la maltraitance

En toile de fond de la réflexion des professionnels sur les causes, les manifestations et les définitions de la maltraitance, trois analyses peuvent utilement être convoquées pour éclairer les développements ultérieurs : il s'agit de celle de René Girard sur le phénomène de bouc émissaire dans son ouvrage *La violence et le sacré* ; de celle de Erving Goffman dans son étude *Asiles* ; de celle enfin de Michel Foucault dans son *Histoire de la folie à l'âge classique*.

De ces trois ouvrages peuvent être retenus trois enseignements concernant les risques de violence envers les personnes vulnérables et marginalisées au sein d'un groupe social.

D'une part, le fait que tout groupe social peut décharger sur une victime désignée une violence considérable (et aller jusqu'à la tuer) pour préserver sa cohérence et son unité, et expulser les tensions qui l'habitent. Dans ce contexte, l'acte ou les actes maltraitants envers les personnes vulnérables peuvent se comprendre comme un moyen collectif inconscient de maintenir la cohésion d'un groupe de professionnels là où d'autres moyens de promotion du collectif et de résolution des conflits internes font défaut.

D'autre part, le fait que l'institutionnalisation elle-même peut être considérée comme une forme de maltraitance sociétale. L'institutionnalisation représente en effet un « geste d'internement » qui fait sens pour la population générale, lui permet d'écarter d'elle-même et d'éloigner de son champ de vision les populations les plus vulnérables et les moins normalisées. Dès lors, la vocation de « mise en sécurité » et de « prise en charge » des institutions doit être questionnée, car cette vocation va de pair avec un « geste de bannissement » qui n'est nullement souhaité par les populations concernées. De ce point de vue, il y a bien mise à l'écart arbitraire d'une population vulnérable. Cette mise à l'écart, solidaire d'une volonté de distanciation entre populations normales et populations dites « marginales », est un terrain favorable au développement d'actes maltraitants, qui se situent dans la continuité de la dépréciation sociétale dont sont victimes les populations concernées.

Enfin, le fait institutionnel est par lui-même générateur d'un grand risque de dérapage, toute institution portant en elle-même la possibilité de devenir « institution totalitaire » c'est-à-dire prenant en charge la totalité de la vie des individus qu'elle accueille et ce faisant, instaurant entre accueillis et accueillants un rapport de pouvoir extrêmement déséquilibré propice à voir naître des abus de toutes sortes.

3. Quelques fondamentaux théoriques pour appréhender la bientraitance

Sagesse pratique et moment opportun chez Aristote

De la notion aristotélicienne de « sagesse pratique », notion cardinale dans la réflexion éthique grecque et occidentale, se dégagent quelques enseignements pertinents pour la réflexion sur la bientraitance.

- La sagesse pratique se définit par rapport au monde de l'action (et non à la contemplation) et n'existe pas abstraitement, sans œuvre accomplie.
- La sagesse pratique prend son sens dans un monde imparfait et contingent, marqué par le hasard et les manques.
- La sagesse pratique se manifeste « dans le temps et le moment opportun » - moment qui indique à la fois la singularité des circonstances et l'unicité de l'occasion.
- L'éthique aristotélicienne se développe à la faveur d'une pratique (elle ne s'enseigne pas) soucieuse du juste milieu entre les extrêmes, guidée par la « droite règle » et incarnée par « l'homme prudent ».
- La sagesse pratique est inaugurale, contrairement à la technique qui est reproductive.

« En une matière qui a trait à l'action et à ce qu'il est expédient de faire, il n'y a rien qui soit rigoureusement fixe et stable, pas plus qu'en matière de santé. Mais alors, s'il en va ainsi pour la théorie d'ensemble, combien plus encore manquera de précision la théorie qui se penche sur les différentes espèces de cas particuliers. De tels cas, en effet, ne tombent sous aucun art, sous aucune tradition professionnelle, mais il revient toujours à chacun, lorsqu'il agit, d'examiner ce que réclame l'occasion, tout comme on fait aussi dans la médecine et le pilotage. »¹

Dignité et respect chez Kant

La réflexion kantienne sur la morale est également incontournable dans la réflexion sur la vocation de la bientraitance – à savoir permettre le respect inconditionnel de la dignité humaine. Ce concept se décline suivant trois points pertinents pour notre réflexion.

- La dignité est un concept applicable à tous les agents moraux, quel que soit leur mérite ; elle s'applique également à ceux qui sont attachés à des actions justes qu'à ceux qui commettent des actions indignes.
- La dignité s'oppose à la notion de prix marchand et donc de comparaison quantifiable entre les individus. Nul être humain ne mérite donc davantage le respect qu'un autre être humain.
- Cette dignité impose une attitude aux agents moraux : de traiter les êtres humains avec respect.

« Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin et jamais simplement comme un moyen. »²

Bienfaisance en action sociale et en médecine

Néologisme du XVIIIème siècle, le terme de bienfaisance désigne indifféremment les actions de charité, entreprises au nom de l'amour du prochain, et les actions de philanthropie menées au nom de l'amour de l'humanité. Le terme est maintenu au XIXème siècle, mais il désigne désormais des organisations concurrentes : les sociétés charitables, œuvres très catholiques et souvent très conservatrices, et les sociétés philanthropiques dominées par les libéraux. Dans les deux cas, philanthropie et charité se veulent *action sociale*, avec un but d'assistance (secourir l'infirmité, la vieillesse, la maternité, défendre en justice l'accusé indigent) et d'enquête sociale ou de propositions réformatrices, ou encore d'expérimentation, de pédagogie ou de moralisation.

¹ Aristote. *Ethique à Nicomaque*. Paris : Flammarion, 1997.

² Kant, Emmanuel. *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Paris : Vrin, 1992, p. 105.

En outre, figurant au sein du *Rapport Belmont* de 1979, la bienfaisance est aussi l'un des trois principes éthiques fondamentaux devant sous-tendre la recherche biomédicale (les deux autres sont le respect de la personne et la justice). Il s'agit d'une obligation articulant l'exigence Hippocratique « *Primum non nocere* » (d'abord ne pas nuire) et une exigence plus récente et étroitement liée au développement de la recherche biomédicale : celle de maximiser les avantages et de minimiser les dommages possibles. Le rapport Belmont inscrit donc la bienfaisance comme une dimension éthique incontournable mais dans le même temps, elle inscrit l'éthique dans le règne du relatif, rejoignant par là la notion aristotélicienne d'équilibre et de juste milieu.

Maintien et sentiment continu d'exister chez Donald Winnicott

Cité de manière extrêmement récurrente dans les écrits portant sur la bientraitance, le concept winnicottien de « maintien » permet d'aborder les bénéfices de la bientraitance sous l'angle de la satisfaction d'un besoin primordial de l'être humain.

- Le maintien (*holding*) chez Winnicott est la forme que prennent les soins maternels du nourrisson. Il désigne une manière de porter l'enfant, mais aussi d'une manière générale la routine des soins quotidiens.
- Le maintien, qui a une fonction protectrice, a un caractère essentiellement adaptatif au monde sensoriel du nourrisson, ainsi qu'aux étapes successives de son développement.
- C'est la qualité du maintien qui permet à l'enfant de développer le « sentiment continu d'exister » et sur cette base peut se fonder toute individualité réelle.

« Grâce aux soins qu'il reçoit de sa mère, chaque enfant est en mesure d'avoir une existence personnelle et commence donc à édifier ce qu'on pourrait appeler le sentiment d'une *continuité d'être*. C'est sur la base de cette continuité que le potentiel inné devient graduellement un enfant qui a son individualité. Si les soins maternels ne sont pas suffisamment bons, l'enfant ne parvient pas à exister vraiment, puisqu'il n'a pas de sentiment de continuité d'être ; la personnalité s'édifie alors sur la base de réactions aux empiétements de l'environnement. »³

Visée éthique et sollicitude chez Paul Ricœur

La réflexion sur la bientraitance ne peut faire l'économie de la pensée plus contemporaine du philosophe Paul Ricœur, dont les écrits identifient une forme spécifique de geste éthique à l'égard d'autrui : le geste de la sollicitude, concept extrêmement précieux pour penser la bientraitance dans sa forme la plus singulière et dans ses applications les plus individuelles.

- A l'opposé de l'univers de la morale, qui est un univers de normes, dont la déontologie est la traduction en termes professionnels, l'éthique est un champ spécifique caractérisé par la recherche ponctuelle d'une réponse singulière à une situation complexe que la norme seule ne permet pas de résoudre.
- L'éthique comprend trois dimensions complémentaires : elle se définit, selon Paul Ricœur comme « la visée de la vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes. »
- L'une des conditions de possibilité de l'éthique est l'existence d'un récit de soi, d'une narrativité, rassemblant la multiplicité des actes et des pratiques dans un champ de valeurs et de responsabilité.
- Alors que l'amitié chez les classiques est un rapport symétrique, la sollicitude est une qualité de la dissymétrie, une vertu par laquelle l'inégalité de puissance entre le souffrant et l'aidant est compensée par une authentique réciprocité de l'échange.

« Bornons-nous à souligner la part que prennent les sentiments – qui sont en dernier ressort des affections – dans la sollicitude. Ce que la souffrance de l'autre, autant que l'injonction morale issue de l'autre, descende dans le soi, ce sont des sentiments spontanément dirigés vers autrui. C'est cette union intime entre la visée éthique de la sollicitude et la chair affective des sentiments qui m'a paru justifier le choix du terme 'sollicitude'. »⁴

³ Winnicott, Donald. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969, p.377.

⁴ Ricœur, Paul. *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil, 1990, p. 224.

Education et autonomie chez Theodor Adorno

Là où la réflexion de Paul Ricœur permettait d'envisager le geste singulier, celle de Theodor Adorno donne l'occasion d'une pensée du collectif. Très spécifiquement, Adorno envisage le moyen d'éviter les mécanismes psychologiques collectifs qui ont conduit au phénomène des camps de concentration. Cette pensée du mal radical est extrêmement précieuse quant aux actions concrètes susceptibles d'endiguer les risques collectifs de maltraitance.

- L'événement d'Auschwitz impose d'identifier et de lutter contre les mécanismes à l'œuvre dans de tels actes individuels et collectifs.
- Lorsque la vie collective impose à l'individu trop de contraintes, de renoncements et d'abdication du jugement, les pressions ainsi induites sont génératrices de mécanismes de compensation agressifs dont font partie les mécanismes collectifs constatés dans les camps de concentration.
- En appeler à des valeurs collectives est insuffisant si ces valeurs vont de pair avec une soumission à l'autorité et non une appropriation autonome de la réflexion.

« On sent très vite ce qu'ont de faux des engagements exigés uniquement pour produire quelque chose – même le bien – s'ils ne sont pas ressentis profondément par les hommes eux-mêmes. Il est étonnant de voir la rapidité avec laquelle réagissent les hommes les plus naïfs et les plus stupides lorsqu'il s'agit de déceler les failles du meilleur. Ou bien ces soi-disant engagements servent de laissez-passer – on les accepte pour être reconnu comme bon citoyen –, ou bien ils suscitent haine et ressentiment, psychologiquement le contraire de ce à quoi ils sont censés servir. Ils signifient l'hétéronomie, la dépendance à l'égard de commandements ou de normes qui n'ont pas à se justifier devant la raison de l'individu lui-même. Ce que la psychologie appelle le sur-moi, la conscience, est remplacé, au nom de l'engagement, par les autorités extérieures, qui n'engagent à rien, et sont interchangeable, comme on a très bien pu le voir après l'effondrement du III^{ème} Reich. Le fait justement d'être prêt à jouer le jeu du pouvoir et à s'incliner extérieurement devant le plus fort qu'on érige en norme, constitue la mentalité de ces bourreaux qui ne doit plus exister. C'est pourquoi se recommander de l'engagement est si néfaste. Les hommes qui l'acceptent plus ou moins volontairement se trouvent dans une sorte de constant état de manque de commandements. La seule véritable force contre le principe d'Auschwitz serait l'autonomie, si je puis me permettre d'utiliser l'expression kantienne, la force de réfléchir, de se déterminer soi-même, de ne pas jouer le jeu. »⁵

⁵ Adorno, Theodor. « Eduquer avec Auschwitz » in Adorno, T. *Modèles critiques*. Paris : Payot, 1984.

III- Les chartes relatives aux usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Un certain nombre de chartes ont été produites dans le but de redéfinir les différents droits des usagers des établissements. La liste qui suit n'est pas exhaustive, mais donne une idée des chartes qui existent dans les différents champs du secteur. Elles sont classées ici par ordre de parution.

Charte pour la dignité des personnes handicapées mentales. Par l'UNAPEI, 1989.

La personne handicapée mentale est citoyen à part entière de France, d'Europe et du Monde. La personne handicapée mentale bénéficie des droits reconnus à la personne humaine :

- droit à la vie,
- droit à l'éducation et à la formation,
- droit au travail et à l'emploi,
- droit au logement,
- droit aux loisirs et au sport,
- droit à la culture,
- droit à l'information,
- droit à la santé,
- droit à des ressources décentes,
- droit de se déplacer librement.

La personne handicapée mentale remplit les devoirs auxquels tout citoyen est tenu. Les obligations de la Société envers la personne handicapée mentale sont :

- de lui donner les moyens adaptés à la nature et au degré de sa déficience qui lui permettent d'exercer ses droits et d'accomplir ses devoirs,
- de veiller à ce qu'elle soit connue et respectée,
- de lui apporter la protection qui le mette à l'abri de toute exploitation.

Chartes des droits et des libertés de la personne dépendante. Par la Fondation Nationale de Gérontologie et le ministère de l'emploi et de la solidarité de 1999.

Art.1. Choix de vie.

Art. 2. Domicile et environnement.

Art. 3. Une vie sociale malgré les handicaps.

Art. 4. Présence et rôle des proches.

Art. 5. Patrimoine et revenus.

Art. 6. Valorisation de l'activité.

Art. 7. Liberté de conscience et pratique religieuse.

Art. 8. Préserver l'autonomie et prévenir la dépendance.

Art. 9. Droits aux soins.

Art. 10. Qualification des intervenants.

Art. 11. Respect de la fin de vie.

Art. 12. La recherche : une priorité et un devoir.

Art. 13. Exercices des droits et protection juridique de la personne.

Art. 14. L'information, meilleur moyen de lutte contre l'exclusion.

Charte des droits et libertés de la personne accueillie. Selon l'Arrêté du 8 septembre 2003, mentionnée à l'art L. 311-4 du CASF.

Art. 1. Principe de non-discrimination.

Art.2. Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté.

Art. 3. Droit à l'information.

Art. 4. Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne.

- Art. 5. Droit à la renonciation.
- Art. 6. Droit au respect des liens familiaux.
- Art. 7. Droit à la protection.
- Art. 8. Droit à l'autonomie.
- Art. 9. Principe de prévention et de soutien.
- Art. 10. Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie.
- Art. 11. Droit à la pratique religieuse.
- Art. 12. Respect de la dignité de la personne et de son intimité.

Charte Précarité, Santé, Solidarité. Par la FNARS, l'UNCCAS et la FHF, février 2003.

Charte Alzheimer Ethique et société. Par l'AP-HP, 2007.

- Art. 1. Assurer à la personne malade l'accès aux soins, la compensation des handicaps et la prévention des facteurs aggravants.
- Art. 2. Développer et garantir les compétences professionnelles par les formations initiale et continue ainsi que par le travail en équipe.
- Art. 3. Reconnaître le droit de la personne malade à être, ressentir, préférer, refuser.
- Art. 4. Respecter le choix de la personne malade.
- Art. 5. Respecter les liens affectifs de la personne malade.
- Art. 6. Respecter la liberté de conscience de la personne malade et valoriser ses activités.
- Art. 7. Respecter la personne malade, ses biens et ses choix matériels.
- Art. 8. Soigner, respecter et accompagner la personne malade jusqu'à la fin de sa vie.
- Art. 9. Faire bénéficier la personne malade de la recherche et de ses progrès.
- Art. 10. Contribuer largement à la diffusion d'une approche éthique.

Charte de la bientraitance. Par ADAPEI Haute-Loire, décembre 2007.

Charte éthique et maraude. Par l'AP-HP, 2007.

IV- Guides pour la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance

Les guides et outils élaborés par les professionnels, les associations et l'administration ne feront pas l'objet d'une validation par l'Anesm, dans la mesure où aucune étude n'a encore démontré leur efficacité. L'Anesm a par contre produit un document pour orienter les professionnels dans le choix des différents guides et outils existants (document téléchargeable sur le site internet de l'Anesm dans la rubrique « autour de la recommandation »).

Il existe quantité de guide et outils à la disposition des professionnels. Un travail exploratoire a été fait auprès de quelques uns d'entre eux afin de comprendre dans quels buts les professionnels, associations ou administrations travaillent sur la bientraitance et la prévention de la maltraitance. Les huit guides qui suivent ont donc été étudiés selon leurs finalités. Ils peuvent être classés en trois finalités différentes, que sont la sensibilisation des professionnels, le support à une évaluation, ou encore la gestion des risques et des crises.

1- Sensibiliser, amener une réflexion :

- Ensemble contre la maltraitance (Résidence Santé Cousin de Méricourt/ Résidence Services l'Aqueduc, avril 2005).
- La maltraitance des personnes âgées et des personnes majeures handicapées (AP-HP, juin 2004)
- Refuser la maltraitance envers les adultes âgés et réagir avec... connaissance, compréhension, tolérance, compassion (ALMA, mars 2007)

2- Support d'évaluation, cadre de référence

- Guide pour des interventions de qualités (ANCREAI, janvier 2005)
- Guide de bonnes pratiques à l'usage des structures. Pour la prévention, le repérage et le traitement de la maltraitance (APF, juin 2007)

3- Faciliter la gestion des risques et des crises

- Guide de repérage des risques de maltraitements et de violence dans les établissements sociaux et médico-sociaux (DGAS, juillet 2002)
- Gestion des risques de maltraitance en établissement : méthode, outils, repères (Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées, novembre 2007)
- Guide pratique Bientraitance/ Maltraitance à l'usage des établissements et institutions (FHF, Mai 2007)

V- Définitions et contours de la maltraitance

De nombreux ouvrages et articles existent sur le thème de la maltraitance. Cette étude ne visait pas l'exhaustivité, mais plutôt la compréhension des différentes approches et la mise en exergue des éléments de définition et de caractérisation les plus cruciaux pour la recommandation. Des ouvrages et articles des différents champs du secteur ont été étudiés, ils ne font pas l'objet de distinction dans cette revue de littérature, la recommandation étant transversale aux quatre champs).

Trois angles seront successivement décrits. Il s'agit tout d'abord des différentes définitions ou éléments de définition de la maltraitance, puis des causes de ce phénomène, et enfin des moyens qui permettent de la prévenir.

1. Définitions de la maltraitance

La définition du Conseil de l'Europe de 1987 fait largement consensus dans la littérature sur le sujet. Ce dernier a défini la maltraitance comme une violence se caractérisant « *par tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière* ».

Par la suite, le Conseil de l'Europe a classifié les différents types de maltraitances (1992) :

- **Violences physiques**: coups, brûlures, ligotages, soins brusques sans information ou préparation, non-satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtres (dont euthanasie).
- **Violences psychiques ou morales**: langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantages, abus d'autorité, comportements d'infantilisation, non-respect de l'intimité, injonctions paradoxales.
- **Violences médicales ou médicamenteuses**: manque de soins de base, non-information sur les traitements ou les soins, abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques, défaut de soins de rééducation, non prise en compte de la douleur...
- **Négligences actives**: toutes formes de sévices, abus, abandons, manquements pratiqués avec la conscience de nuire
- **Négligences passives**: négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage
- **Privation ou violation de droits**: limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse.
- **Violences matérielles et financières**: vols, exigence de pourboires, escroqueries diverses, locaux inadaptés.

Cette définition et cette typologie du Conseil de l'Europe sont reprises dans nombre d'ouvrages et articles. Stanislaw Tomkiewicz donne une définition similaire dans un article sur la violence dans les institutions pour personnes handicapées mentales, en différenciant tout de même les violences individuelles des violences institutionnelles qu'il définit comme « toute action commise dans ou par une institution, ou toute absence d'action qui cause au patient une souffrance physique ou psychologique inutile »⁶.

Le terme de maltraitance inclut donc à la fois des actions envers une personne et des omissions. Dans la littérature internationale, il est souvent question de ces deux types de maltraitance en termes distincts : *abuse* pour les actions abusives, et *neglect* pour les négligences.

⁶ Tomkiewicz, Stanislaw. « La violence dans les institutions pour handicapés mentaux sévères » *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, n°12 (2), 2001, p. 239.

Toutefois, le terme *abuse* peut comprendre les deux sens à la fois⁷. Le terme de *mistreatment* est plus rarement employé⁸.

Certains auteurs apportent d'autres éléments, tel que Michel Debout⁹, qui définit la maltraitance comme « une dégradation, souvent insidieuse, des relations entre la personne âgée et son entourage, conjoint, enfant, intervenants professionnels tant à domicile qu'en établissement ». Elisabeth Rogez et Tristan Cudennec¹⁰ insistent sur la banalisation de cette dégradation, ainsi que Jean-Marc Juilliard¹¹, dans le rapport de la commission d'enquête sur la maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et médico-sociaux. Par ailleurs, Hannelore Schrod¹² identifie deux extrêmes dans l'attitude des intervenants face à la maltraitance, la banalisation et la dramatisation.

Mais la maltraitance est aussi une atteinte narcissique selon Marie Canali et Anne-Marie Favard¹³, qui aboutit à considérer la personne accompagnée comme un objet : « La maltraitance, qu'est-ce que c'est ? En relèvent, avant tout, les situations qui favorisent la prise en charge de la personne comme « objet » et qui portent atteintes à la condition humaine. La personne est devenue « objet », à la place duquel on décide – pour son bien évidemment »¹⁴ ; et non plus comme un sujet : « La violence surgit là où le lien intersubjectif s'effondre. C'est l'impossibilité de répondre à la dépendance autrement qu'au niveau de besoins qui déclenche la violence chez les personnes dépendantes comme chez les femmes qui les soignent »¹⁵. La maltraitance est donc une atteinte à la dignité humaine¹⁶, un droit pourtant rappelé dans le code de l'action sociale et des familles à l'article L. 166-2.

Enfin, il est possible de dire, comme Jean-Jacques Amyot¹⁷ que la maltraitance est due à l'épuisement de la tolérance, ou bien comme Robert Hugonot, qu'elle est « la maladie de la tolérance »¹⁸.

2. Les causes de la maltraitance

Les causes de la maltraitance sont diverses, et la littérature sur le sujet propose différentes explications à ce phénomène. Nous en retiendront quatre : les caractéristiques des usagers, les conditions de vie et de travail, les professionnels, et la direction de l'établissement ou du service.

⁷ « Elder abuse is defined as : (a) intentional actions that cause harm or create a serious risk of harm [...], or (b) failure by a caregiver to satisfy the elder's basic needs or to protect the elder from harm » : Lachs, Mark S. and Pillemer, Karl. "Elder Abuse" *Lancet*, n°364, 2004, p. 1264.

⁸ Mowlam, Alice, Tennant, Rosalind, Dixon, Josie and McCreadie, Claudine. *UK Study of Abuse and Neglect of Older People: Qualitative Findings*. National Center for social Research, août 2007.

⁹ Debout, Michel. *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées*. Editions ENSP, 2003, p.2.

¹⁰ Rogez, Elisabeth, Cudennec, Tristan. « Parler de maltraitance, c'est envisager de bien traiter » *Soins gérontologie*, n°65, mai-juin 2007, p.13.

¹¹ Juilliard, Jean-Marc., Blanc, P. Rapport de la commission d'enquête sur la maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et médico-sociaux, et les moyens de la prévenir créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 12 décembre 2002. Rapport du Sénat n°339, Juin 2003

¹² Schrod, Hannelore. « Violence potentielle des professionnels en lien avec différents contextes » *Thérapie Familiale*, n°25, mars 2004, pp.323-338.

¹³ Canali, Marie et Anne-Marie Favard. « Maltraitance et bientraitance. Entre carence et blessure narcissique » *Empan*, n°54, mars 2004, pp. 158-164.

¹⁴ Moguen-Boudet, Nadège, Séverine Courtois, et Marie-Claire Mate. « Maltraitance des personnes âgées et communication » *Empan*, n°52, septembre 2003, p. 134.

¹⁵ Molinier, Pascale. « Prévenir la violence : l'invisibilité du travail des femmes » *Revue Internationale de psychopathologie et psychodynamique du travail*, n°3, 1999, p. 84.

¹⁶ Corbet, Eliane. « Pour une « prévention des violences et maltraitance institutionnelles » ou pour la « promotion de la bientraitance » : que signifient ces glissements sémantiques ? » *Dossier CREA Rhône-Alpes*, n°134, juin 2004, pp.14-19.

¹⁷ Amyot, Jean-Jacques. *Pratiques professionnelles en gérontologie*. Paris : Dunod, 2007, p. 1275.

¹⁸ Hugonot, Robert. *Violences invisibles. Reconnaître les situations de maltraitance envers les personnes âgées*. Paris : Dunod, 2007, p. 13.

Les caractéristiques des usagers

La dépendance, la démence ou les troubles liés à certaines maladies peuvent être facteurs de maltraitance, comme le souligne Michel Debout : « Les troubles cognitifs liés à des syndromes démentiels, la chronicité de troubles du comportement avec déambulation, agressivité ou apathie peuvent générer ou raviver des situations de crise ou de violence familiale et favoriser les actes de maltraitements des aidants, naturels ou professionnels »¹⁹. La dépendance, la faiblesse ou encore la vulnérabilité, sont autant de facteurs cités par Jean-Jacques Amyot²⁰ et Nadège Moguen-Boudet²¹.

D'après une étude qualitative suédoise à propos des représentations des personnes âgées sur les maltraitements qu'elles peuvent subir, celles-ci considèrent que leurs caractéristiques propres sont un des facteurs les plus importants à la maltraitance (le fait d'être handicapé, de souffrir de démence, d'être trop vieux ou trop lent)²².

Les conditions de vie des usagers et les conditions de travail des professionnels

La non-adaptation est une cause importante de la maltraitance. Cette non-adaptation peut être à la fois « l'inadéquation des réponses aux besoins »²³, mais aussi l'inadaptation des locaux ou de l'organisation au rythme de la personne, tel que le décrit le rapport du Sénat²⁴, ainsi que bien d'autres auteurs²⁵. La non-adaptation conduirait inévitablement à la maltraitance : « la maltraitance de l'organisation soignante non adaptée à la personne accueillie conduit à majorer les angoisses et à promouvoir des effets traumatiques »²⁶.

Le manque de moyens ainsi que les spécificités du milieu professionnel sont d'autres facteurs cités : « la confrontation perpétuelle à la vieillesse et à l'image négative de la personne âgée [...] peuvent contribuer à des attitudes déshumanisantes de la part du personnel »²⁷, « le travail [est] empreint d'affectivité, les personnes âgées restent longtemps dans le service, les équipes sont confrontées continuellement à la mort »²⁸.

Les conditions de travail, la pénibilité ou encore la routine sont auteurs de facteurs que l'on retrouve dans la littérature. Différents auteurs tels que Chrystel Terreau²⁹, Michel Bauer³⁰, ou encore Robert Moulias³¹ soutiennent cet argument. Conséquence de cet ensemble de facteurs, le burn-out est lui aussi très souvent cité.

¹⁹ *Ibid.*, p. 12.

²⁰ *Ibid.*

²¹ *Ibid.*

²² Erlingsson, Christen L., Saveman, Britt-Inger, and Berg, Agneta, C. "Perceptions of Elder Abuse in Sweden: Voices of Older Persons" *Brief Treatment and Crisis Intervention*, n°5, 2005, pp. 231-227.

²³ Vial-Courmont, Michèle. « Maltraitance institutionnelle du nouveau-né » in Gabel, Marceline, Jésus, Frédéric, et Manciaux, Michel. *Maltraitements institutionnelles*. Paris : Fleurus, 1998, p.184.

²⁴ *Ibid.*, p. 42.

²⁵ Revue francophone de Gériatrie et de Gérontologie. « Dossier bientraitance et accompagnement », n°133, mars 2007 ; ou encore Marchalot, Geneviève. « Prévenir la maltraitance hospitalière et les dérives dans le soin » *Soins gérontologie*, n°65, mai-juin 2007, pp.20-23.

²⁶ Quaderi, André. « Violence traumatique en gériatrie » *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°42, janvier 2004, p.166.

²⁷ Terreau, Chrystel. « Epuisement professionnel et maltraitance des personnes âgées en institution » *Soins gérontologie*, n°65, mai-juin 2007, p. 38.

²⁸ Bauer, Michel. « Le respect de la personne âgée dépendante en institution » *Vie sociale et traitements*, n°86, février 2005, pp. 166-134.

²⁹ *Ibid.*

³⁰ *Ibid.*

³¹ Moulias, Robert. « Prévention des maltraitements en institution médico-sociale » *Gérontologie*, n°145, janvier 2008, pp.1-9.

Sophie Noel et Minouche Saber posent le problème du recrutement et de la formation des personnels : « L'absence de valorisation de la mission soignante en gériatrie entraîne un manque de candidature de personnels qualifiés : infirmières, aides soignantes en particulier. L'embauche de personnel non qualifié comble ce déficit mais pose le problème du manque de connaissance de la mission soignante et plus encore de la spécificité de la personne âgée »³². Ce problème de sous-qualification des professionnels est soulevé par bien d'autres auteurs.

Probablement due à ce manque de formation, la peur est un facteur lui aussi cité, notamment par Geneviève Marchalot³³, mais aussi par Paul Durning, qui précise : « sachant que trois facteurs sont essentiels dans l'émergence des violences institutionnelles - l'enfermement, l'impuissance et la peur -, la priorité reste à lutter contre l'enfermement et l'uniformisation, qui amènent l'impuissance et la peur »³⁴. L'enfermement relevant quant à lui du travail de l'encadrement, nous allons à présent voir les facteurs de risques liés au management.

La direction

Plus que les attitudes des professionnels, c'est le management qui est souvent dénoncé dans l'apparition de comportements maltraitants envers les usagers. La mauvaise organisation du travail à proprement parler et la mauvaise gestion des ressources humaines sont deux facteurs cités à plusieurs reprises, notamment par le rapport du Sénat, et par Christine Vander Borgh : « On ne le répétera jamais assez, la fonction de direction est d'une importance capitale : elle compte pour au moins 50% dans la réussite d'un projet »³⁵.

Bruno Crozat souligne quant à lui l'importance de la prise de parole par les professionnels : « La maltraitance du soignant envers le résident survient dans le silence des mots, lorsque la parole ne vient plus éclairer la pratique professionnelle »³⁶.

Enfin, le Sénat dénonce, « dans certains cas, un indéniable problème de hiérarchie des priorités de la part des responsables d'établissements : lorsque les intérêts de l'institution passent avant ceux des personnes handicapées, les risques de maltraitance se multiplient »³⁷.

Pour conclure cette réflexion sur les causes de la maltraitance, il est intéressant de se pencher sur les professionnels et les représentations qu'ils ont de la maltraitance et des facteurs qui amènent à de tels comportements. Une étude réalisée par Marie-Agnès Manciaux, Catherine Schmitt ainsi que le Groupe RIDUL³⁸ avait pour objectif de comprendre les représentations des soignants de cinq unités de soins de longue durée lorraines et de déterminer ainsi ce qu'ils considéraient comme des violences. Cette étude a notamment analysé les réponses ces derniers concernant les causes des violences. Les résultats sont résumés dans le tableau suivant.

³² Noel, Sophie, Saber, Minouche. « Vers une « bienveillance » de la personne âgée en milieu institutionnel ? » *Revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie*, n°133, mars 2007, p. 113.

³³ Marchalot, Geneviève. « Prévenir la maltraitance hospitalière et les dérives dans le soin » *Soins gérontologie*, n°65, mai-juin 2007, pp.20-23.

³⁴ Durning, Paul. « Toute institution accueillant et soignant des enfants est-elle potentiellement maltraitante ? » in Gabel, Marceline, Jésus, Frédéric et Manciaux, Michel. *Maltraitements institutionnelles*. Paris : Fleurus, 1998, p. 85.

³⁵ Vander Borgh, Christine. « Violence des institutions, violences en institution » *Thérapie Familiale*, n°24, mars 2003, p. 343.

³⁶ Crozat, Bruno. « Prévenir la maltraitance en MAS » *Lien social*, n°858, octobre 2007, p. 11.

³⁷ *Ibid.*, p. 39.

³⁸ Manciaux, Marie-Agnès., Schmitt, Catherine et Groupe RIDUL. « Violences institutionnelles : qu'en pensent les soignants ? » in *Santé et Maison de retraite, vol II*. Paris : Serdi, coll. L'Année Gérontologique 1999, pp. 176-186.

CAUSES DES VIOLENCES	PROPORTIONS
Causes liées au personnel	78/120 ou 65%*
Choix du service	3%
Compétence, formation	34%
Burn-out	42%
Ambiance	20%
Relations mort, vieillesse	13%
Causes institutionnelles	51/120 ou 43%
Vie en collectivité	18%
Manque de moyens	35%
Routine	18%
Locaux	13%
Causes liées aux personnes âgées	21/120 ou 17%
Vulnérabilité	3%
Dépendance	10%
Pathologie	12%
*Lecture : Sur 120 questionnaires, 78 réponses citent au moins une cause liée au personnel, soit 65% des personnes interrogées.	

Ces résultats montrent que les soignants expliquent les actes de violences principalement par des causes liées au personnel lui-même, ce qui, selon les auteurs, explique la culpabilité ressentie par les professionnels.

3. La prévention de la maltraitance

La prévention est le troisième point très largement développé dans la littérature sur la maltraitance. Cinq éléments semblent être indispensables pour la prévention de la maltraitance :

- le fait d'avoir des procédures clairement définies,
- d'instaurer un management approprié,
- d'avoir des conditions de travail adaptées,
- de favoriser la communication et la réflexion,
- de s'adapter aux usagers.

Plusieurs rapports et articles listent les actions qui préviennent la maltraitance, il semble pertinent de citer ces listes dans leur ensemble, et ainsi voir la diversité des solutions proposées. Michel Debout, dans le rapport du groupe de travail dont il fût le président³⁹, propose l'ensemble des actions qui suivent :

- Pour mieux connaître:

- * La réalisation d'une enquête nationale sur les maltraitements envers les personnes âgées,
- * Le repérage des faits et situations de maltraitance portés à la connaissance des autorités de police et de gendarmerie dans le cadre du registre national,
- * La création d'un observatoire national des violences,
- * La réalisation d'une campagne de communication de proximité.

- Pour révéler, repérer et prendre en charge:

- * Étendre accueil et écoute téléphonique à l'ensemble du territoire national,
- * Organiser le suivi et la gestion des situations de maltraitance (avec l'identification d'une personne ressource, la mise en place d'une commission technique et éthique et une instance de pilotage, de coordination et d'évaluation du dispositif départemental de lutte et de prévention de la maltraitance des personnes vulnérables),

³⁹ Debout, Michel. *Ibid.*

- * Sensibiliser les professionnels au repérage des maltraitances,
- * Élaborer un guide de bonnes pratiques à l'usage des professionnels,
- * Inscrire systématiquement des items sur la maltraitance dans le dossier médical, infirmier et social,
- * Permettre aux témoins et aux victimes de révéler les faits plus facilement.

- Pour protéger :

- * Rappeler aux intervenants le dispositif de sanctions pénales et civiles,
- * Développer les consultations de médecine légale clinique,
- * Renforcer la mission de surveillance et de contrôle des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales,
- * Engager le programme pluriannuel national d'inspection et de contrôle au titre de la prévention de la maltraitance,
- * Faire aboutir la réforme du dispositif de protection juridique des majeurs.

- Pour prévenir :

- * Garantir les droits et libertés des usagers des structures sociales et médico-sociales,
- * Faciliter l'accès aux « bons soins » (prendre soin du corps),
- * Améliorer la prise en charge sanitaire des personnes âgées,
- * Renforcer la coordination pour éviter les ruptures de prise en charge,
- * Rechercher une meilleure adéquation entre les besoins et l'offre de soins et d'accompagnements,
- * Former l'ensemble des intervenants,
- * Respecter la personne âgée et soutenir les aidants familiaux et professionnels.

Robert Moulias, dans un article récent⁴⁰, liste les différentes solutions pour prévenir les maltraitances en institution médico-sociale du secteur des personnes âgées. Il distingue les solutions selon leurs possibles échéances :

- Solutions d'effet lointain

- * Accréditation et inspections.

- Solutions d'effets rapides.

- * Evaluation des pratiques ;
- * Présence de psychologue et d'animateur ;
- * Création d'un mastère de Soins en Gériatrie-Gérontologie ;
- * Développer la recherche.

- -Solution d'effets immédiats

- * Sensibilisation des institutions et de leur personnel ;
- * Sensibilisation des commissions tripartites ;
- * Convention avec un service de Gériatrie ;
- * Reconnaissance des professionnels ;
- * Du bon usage des sanctions ;
- * Sensibilisation de l'opinion ;
- * Place importante des associations dans le dispositif.

Le rapport du Sénat⁴¹ fournit lui aussi une liste de 27 propositions pour prévenir la maltraitance. Cette liste est résumée par les points suivants :

- 1- Engager une campagne de communication,
- 2- Permettre l'accès à un accueil téléphonique,

⁴⁰ Moulias, Robert. « Prévention des maltraitances en institution médico-sociale » *Gérontologie*, n°145, janvier 2008, pp.1-9.

⁴¹ *Ibid.*

- 3- Permettre la cohérence entre les règles de secret professionnels des travailleurs sociaux,
- 4- Etendre la levée du secret professionnel des médecins en cas de maltraitance,
- 5- Elargir la possibilité de saisine du médiateur,
- 6- Donner au Président du Conseil Général un pouvoir de fermeture des établissements,
- 7- Mieux gérer les suites de crises,
- 8- Avoir la possibilité pour un juge d'instruction de désigner un administrateur chargé d'assister une personne vulnérable,
- 9- Fixer le point de départ du délai de prescription à la date de la révélation,
- 10- Engager la réglementation de la profession d'AMP,
- 11- Systématiser la sensibilisation à la maltraitance dans la formation des professions impliquées dans l'accompagnement des personnes handicapées,
- 12- Nécessité de la formation continue,
- 13- Former aux problèmes de la maltraitance pour les personnels de services généraux,
- 14- Former ou sensibiliser des administrateurs des associations gestionnaires d'établissements,
- 15- Favoriser l'accueil en milieu scolaire ordinaire des enfants handicapés,
- 16- Donner davantage de choix aux personnes handicapées quant à leur avenir,
- 17- Engager une réflexion d'ensemble sur la question du placement des personnes handicapées vieillissantes,
- 18- Opérer une clarification des financements,
- 19- Aménager le mode de financement des établissements pour laisser des temps en dehors de celui-ci,
- 20- Modifier le fonctionnement de la garantie de ressources pour les travailleurs handicapés accueillis en CAT,
- 21- Etudier les voies et moyens d'un développement sensible des formules d'hébergement temporaire,
- 22- Adapter la réglementation pour offrir une qualité de prise en charge suffisante dans les centres de vacances,
- 23- Réfléchir à l'élaboration de mesures incitant les établissements à se constituer en réseaux,
- 24- Donner les instructions propres à garantir que les conséquences d'une inadéquation avérée de la personnalité de CAFDES soient systématiquement tirées,
- 25- Renforcement de la participation des travailleurs handicapés des CAT à la vie de leur établissement,
- 26- Engager une réflexion sur les conditions dans lesquelles une association de défense des personnes âgées peut assurer la gestion d'établissements,
- 27- Veiller à la précision et l'exhaustivité de la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

L'UNAPEI a produit un livre blanc en 2000⁴² qui liste aussi un certain nombre de propositions :

- * Systématiser l'information sur les droits élémentaires à l'intention de toute personne handicapée mentale, en référence aux déclarations des Droits de l'Homme,
- * Que chaque établissement, chaque professionnel ait connaissance d'un guide de procédure de signalement, des choses à faire, des mots à dire pour accompagner la victime au cours de la « judiciarisation » de son affaire, et aussi longtemps qu'elle en manifestera le besoin (utilisation d'un médiateur ?) Cet accompagnement, qui suppose une formation adéquate, concerne également les familles et les équipes de professionnelles,
- * Assurer à la personne handicapée mentale une prévention individualisée de la maltraitance,
- * Assurer la réparation, le cas échéant, soit le soutien humain et matériel adopté, propice à atténuer à court et long terme les effets des maltraitements subies,
- * Réaliser des outils pédagogiques de prévention et d'accompagnement sur le long terme des séquelles des actes de maltraitance,
- * Que les établissements procèdent à leur évaluation en s'appuyant sur des documents de diagnostic des dysfonctionnements institutionnels,

⁴² UNAPEI. *Maltraitance des personnes handicapées mentales dans la famille, les institutions, la société ; prévenir, repérer, agir*. Livre blanc. Paris, UNAPEI, 2000.

- * Favoriser l'expression des usagers, la création de groupes de parole de parents, reconnaître l'analyse des pratiques des professionnels,
- * Veiller au renouvellement régulier de la représentation des conseils d'administration, des comités d'établissement,
- * Mettre le numéro vert réservé à la maltraitance à la disposition de tous les usagers des institutions, des professionnels, des parents.

Enfin, le rapport présidé par Jean-François Chossy sur la situation des personnes autistes en France⁴³, fait état de propositions pour prévenir la maltraitance :

- * Instaurer le respect de la dignité et de l'intégrité de toute personne accueillie dans une institution ou un établissement comme une règle incontournable. Compte tenu des difficultés liées au comportement des personnes autistes, les personnels de ces structures doivent bénéficier d'une supervision dès lors qu'ils en expriment le besoin,
- * Signaler et dénoncer tout acte de maltraitance aux autorités de police, aux autorités judiciaires et aux services sociaux,
- * Informer, soutenir et accompagner psychologiquement les familles et les victimes. Chacun sera considéré avec humanité,
- * Punir d'une peine en rapport avec la cruauté de ses actes et interdire d'exercice toute personne ayant commis des actes de maltraitance.

D'autres auteurs proposent, de manière moins exhaustive, différentes pistes pour prévenir la maltraitance. Il s'agit par exemple de Geneviève Marchalot⁴⁴, qui propose de reconnaître l'existence de dérives non intentionnelles et de ne jamais les banaliser ; de communiquer (avec le malade et la famille) ; de manager les équipes paramédicales (organisation du travail, l'aménagement des locaux et le choix des équipements, l'insuffisance professionnelle- trois propositions : la réunion clinique, l'organisation du travail en binôme infirmier/aide soignant, l'évaluation des pratiques professionnelles) ; de sanctionner et accompagner les soignants ; de rappeler à l'ordre les malades ou leurs familles si besoin ; et enfin de soutenir l'encadrement.

D'un autre côté, Myriam Lagraula-Fabre⁴⁵, propose trois axes de prévention. Pour elle, la prévention directe de la maltraitance en institution passe par l'information des usagers, la sensibilisation des professionnels et la vigilance des autorités de contrôle. Nadège Moguen-Boudet et ses collaborateurs insistent eux particulièrement sur la communication : « Ainsi, trois axes de travail s'imposent dans la prévention de la maltraitance familiale des aînés. L'existence de groupes de parole [...] l'accès facilité à un psychologue (en institution aussi bien qu'à domicile), [...] le désenclavement de la relation de dépendance »⁴⁶. Par ailleurs, Alice Casagrande⁴⁷ souligne le rôle primordial de l'encadrant qui doit favoriser l'autonomie de pensée du personnel, la culture du sens critique, tout en soutenant la présence d'un cadre sur le terrain ainsi que la présence de règles connues et appliquée de manière neutre par l'ensemble des professionnels. Enfin, Robert Hugonot fait quant à lui remarquer que « la lutte contre toutes les formes d'exclusion doit être l'axe principal de la prévention des maltraitances »⁴⁸.

⁴³ Chossy, Jean-François. *La situation des personnes autistes en France. Besoins et perspectives*. Rapport remis au Premier Ministre, septembre 2003, p. 64.

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ Lagraula-Fabre, Myriam. « La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale : pare-feu contre la maltraitance ? » *Revue de droit sanitaire et social*, n°6, novembre 2006.

⁴⁶ Moguen-Boudet, Nadège, Séverine Courtois, et Marie-Claire Mate. « Maltraitance des personnes âgées et communication » *Empan*, n°52, septembre 2003, p. 136.

⁴⁷ Casagrande, Alice. « Le cadre de santé, garant de la culture de la bientraitance » *Soins gériatrie*, n°65, mai-juin 2007, pp. 16-19.

⁴⁸ Hugonot, Robert. *Violences invisibles. Reconnaître les situations de maltraitance envers les personnes âgées*. Paris : Dunod, 2007, p.108.

VI- Éléments de définition et de caractérisation de la bientraitance

Il est important de noter en préalable que nous n'avons pas trouvé d'enquête ni de résultats montrant les effets de la bientraitance. La bientraitance n'a donc pas d'efficacité prouvée, et pourtant, elle fait l'objet de nombreux ouvrages et articles, qui mettent en lumière ses spécificités et les bonnes pratiques qui lui sont associées.

Nous décrivons la littérature propre à la bientraitance selon trois axes : les différents éléments de définition de la bientraitance, ceux du *care* dans un deuxième temps, et enfin les bonnes pratiques qui en découlent.

1. Les éléments de définition de la bientraitance

La bientraitance renvoie à la normalisation

Que les commentaires soient positifs ou négatifs, la relation de la bientraitance avec la normalisation apparaît chez plusieurs auteurs. Pour Eliane Corbet, « alors que la notion de prévention de la maltraitance reconnaît une forme de complexité et ouvre à la compréhension d'une conflictualité, le modèle positif de la bientraitance qui semble s'imposer quitte l'analyse des risques et sources de violences et/ou de maltraitance pour ancrer une construction plus impersonnelle à connotation normative »⁴⁹. Cette idée de normativité soulevée ici s'apparente à l'évaluation et à l'édification de critères. Marco Di Duca met en garde contre cette édification en rappelant que chaque situation est complexe : « on conçoit aisément que cette évaluation du « traitement d'une situation » ne peut être statique, qu'elle doit tenir compte d'indicateurs mêlant subjectivité et objectivité, ressenti personnel et observation directe »⁵⁰.

Par ailleurs, et puisque la bientraitance a affaire avec les normes, de nombreux auteurs soulignent l'importance du contexte historique et socio-culturel dans la compréhension de ce concept. Catherine Sellenet rappelle que le « bien » contenu dans la bientraitance « exprime une manière satisfaisant selon les critères culturels, individuels et collectifs d'une époque donnée, dans les domaines intellectuel, esthétique ou moral. La bientraitance est une notion irrémédiablement liée au contexte historique et socioculturel »⁵¹. Cet aspect est aussi bien exprimé comme une caractéristique intrinsèque à prendre en compte⁵², que comme étant ce qui justement disqualifie ce concept. Ainsi, Michel Mercier soutient l'idée que les concepts de maltraitance et de bientraitance « sous-tendent des jugements, à propos de situations et de comportements, sans que cela soit pleinement justifié. [...] La définition du bien et du mal relève essentiellement de positions éthiques ; la limite entre la bien- et la mal-traitance nous apparaît comme tributaire d'ambiguïté tant chez les scientifiques que chez les patriciens »⁵³.

⁴⁹ Corbet, Eliane. « Pour une « prévention des violences et maltraitance institutionnelles » ou pour la « promotion de la bientraitance » : que signifient ces glissements sémantiques ? » *Dossier CREAI Rhône-Alpes*, n°134, juin 2004, p. 17.

⁵⁰ Di Duca, Marco. « Accompagnement de parents d'un enfant en situation de handicap : l'engagement des professionnels dans la construction d'un foyer bientraitant » *Dialogue*, n°171, 1^{er} trimestre 2006, p. 38.

⁵¹ Sellenet, Catherine. « De la bientraitance des enfants à la bientraitance des familles ? » *Spirale*, n°29, mars 2004, p. 72.

⁵² Pourtois, Jean-Pierre, Desmet, Huguette, et Nimal Patricia. « Vers une définition des conditions de bientraitance » in Gabel, Marceline, Jésus, Frédéric et Manciaux, Michel. (sous la direction). *Bientraitances, mieux traiter familles et professionnels*. Paris : Fleurus, 2000, p.69. Voir aussi : Desmet, Huguette. et Pourtois, Jean-Pierre. *Culture et bientraitance*. Bruxelles : De Boeck, 2005.

⁵³ Mercier, Michel. « Maltraitance et bientraitance : du déni éthique au réductionnisme scientifique » *La Revue Internationale de l'éducation familiale*, n°8, 2004, p. 125.

La bientraitance est une manière d'être et de penser

La bientraitance est tout d'abord une manière d'être qui induit une action ou plutôt le fait d'agir envers quelqu'un⁵⁴. Mais l'action n'est pas une caractéristique suffisante pour décrire la bientraitance. Pour Nathalie Chapon-Crouzet, « la bientraitance des enfants peut être définie comme l'ensemble des décisions, des choix, des comportements éducatifs et de soin émanant des acteurs, destinés à répondre aux besoins des enfants »⁵⁵. C'est donc l'ensemble des manières d'être des professionnels qui la caractérise : à la fois écouter⁵⁶, prendre soin⁵⁷, ou encore questionner ses propres représentations⁵⁸.

La bientraitance est orientée vers un « mieux »

Marceline Gabel, Frédéric Jésus et Michel Manciaux introduisent leur ouvrage collectif sur la bientraitance avec cette affirmation : cette dernière « représente sans doute bien moins une finalité allégorique qu'une démarche volontaire, voire obstinée – un projet éthique »⁵⁹. La bientraitance n'est donc pas une fin en soi, elle est un processus⁶⁰, toujours en mouvement, vers une amélioration de la situation. C'est « une mobilisation pour un meilleur traitement des usagers »⁶¹.

La bientraitance est une adaptation aux usagers

Danielle Rapoport, qui insiste sur l'importance d'écrire le terme « bien-traitance » avec un trait d'union⁶², maintient l'idée que les professionnels ont ce devoir d'adaptation avec l'enfant : « Bien-traitance : n'est-ce pas justement ce dont tout enfant est en droit de recevoir, en tant que sujet de droits ? Sujet : ce terme, jusqu'ici utilisé surtout par les philosophes et les psychanalystes, dit bien que tout enfant, en tant qu'individu unique et en devenir, a besoin d'être respecté dans ses besoins et ses désirs spécifiques, et en tant que partenaire actif de son développement et de son histoire, et donc dans sa culture propre. [...] Bien-traiter un enfant implique la prise en compte constantes de toutes ces composantes : affectives, verbales, intellectuelles, sensorielles..., tout en respectant la spécificité propre à chaque âge et à chaque stade »⁶³.

Le fait d'être respecté dans ses besoins et ses désirs spécifiques nécessite une adaptation constante et individuelle, que l'on doit retrouver non seulement pour l'enfant, mais pour toute personne accompagnée.

⁵⁴ Sellenet, Catherine. *Ibid.*

⁵⁵ Chapon-Crouzet, Nathalie. « De la maltraitance à la bienveillance institutionnelle » *Empan*, n°62, juin 2006, p. 126.

⁵⁶ Debitu, Catherine, Lelouey-Boinet, Christine et al. « La bientraitance, un plus au quotidien : accompagner, éduquer, animer » *CREAI Bretagne*, A propos de..., Dossier n°7, octobre 2004.

⁵⁷ Rapoport, Danielle. *La bien-traitance envers l'enfant. Des racines et des ailes*. Paris : Belin, 2006. Voir aussi : Thebault, Pascal (ENSP). « Maltraitance, bientraitance : prévenir les violences institutionnelles » Module interprofessionnel de santé publique, 2005.

⁵⁸ Sellenet, Catherine. *Ibid.*

⁵⁹ Gabel, Marceline, Jésus, Frédéric et Manciaux, Michel. (sous la direction). *Bientraitances, mieux traiter familles et professionnels*. Fleurus, 2000p. 33.

⁶⁰ Di Duca, Marco. *Ibid.*, p.38.

⁶¹ Thebault, Pascal (ENSP). « Maltraitance, bientraitance : prévenir les violences institutionnelles » Module interprofessionnel de santé publique, 2005, p. 10.

⁶² Rapoport, Danielle. *La bien-traitance envers l'enfant. Des racines et des ailes*. Paris : Belin, 2006, p.17 : « Dans les années quatre-vingt-dix, le terme de bien-traitance n'existait pas dans notre langue, et si nous l'avons vu émerger avec ce trait d'union, signe du lien, ce n'est pas un hasard. D'emblée, la dimension symbolique en a été très forte pour les professionnels concernés par les enfants séparés de leur milieu familial. »

⁶³ Rapoport, Danielle. « Enfants bien-traités, adultes bien-traitants » disponible sur le site : www.accompagnerlavie.net, p.1.

Nadège Moguen-Boudet⁶⁴ et ses collaborateurs définissent la bientraitance comme le questionnement des valeurs de la personne âgée et de ses désirs. Pour s'adapter aux individus, les professionnels doivent bien évidemment apprendre à connaître leurs désirs et besoins. Marie-Agnès Manciaux qui présente l'outil Mobiquel qu'elle décrit comme l'outil de sensibilisation « Bientraitance », précise que « l'objectif primordial est de favoriser une connaissance et une prise en charge individualisée de chaque personne »⁶⁵.

Pour résumer cette connaissance et cette adaptation aux particularités de chacun, un certain nombre d'auteurs font référence au concept de Donald Winnicott de « suffisamment bon »⁶⁶. Parmi ceux-là, Michel Manciaux, nous dit par exemple que la bientraitance, « c'est aussi et surtout un comportement fait de bonnes pratiques, de travail en équipe, de partenariat intersectoriel incluant également ceux dont nous nous occupons à un titre ou à un autre. Paraphrasant Winnicott, je dirais « traiter suffisamment bien » »⁶⁷. Cette notion recouvre une capacité d'adaptation de la mère et un prendre soin qui n'est pas défini de manière générale mais relève d'un ajustement à un enfant particulier, à un moment donné du temps.

Marie Canali et Anne-Marie Favard reprennent ces différents éléments dans la définition qu'elles donnent de la bientraitance : « La bientraitance serait donc non seulement la réponse la plus adaptée possible aux besoins de la personne, mais aussi le droit pour chaque enfant maltraité de rencontrer un environnement « suffisamment bon » (au sens où Winnicott (1969) définit la mère « suffisamment bonne »), susceptible de remobiliser ses forces vitales, de renforcer ses assises narcissiques »⁶⁸.

La bientraitance permet d'autonomie

« Bien traiter, ce n'est pas seulement donner tout son amour et tout son dévouement, c'est aussi donner la force de devenir autonome »⁶⁹. Ainsi Huguette Desmet et Jean-Pierre Pourtois introduisent leur ouvrage collectif *Culture et Bientraitance*. La question de l'autonomie est partout dans le secteur social et médico-social, elle est au centre de tout accompagnement. L'autonomie comme finalité marque la différence entre la bientraitance et l'absence de maltraitance : « La notion de bientraitance ne peut être restreinte à son opposition de maltraitance car elle implique, au contraire, une mobilisation particulière de ressources de compétences et d'acteurs soumis au cadre de certaines exigences (notamment en termes d'écoute, de dignité et de solidarité sociale). La bientraitance vise donc à la promotion et à la mise en place effective de pratiques et d'attitudes qui soient garants du bon développement de l'enfant »⁷⁰.

Au-delà du fait que la bientraitance doit favoriser l'autonomie – d'agir, mais aussi de penser⁷¹, elle met au cœur de l'accompagnement la personne accompagnée elle-même : la bientraitance doit amener les usagers des établissements et services à être acteurs de leurs accompagnements.

Ainsi Jean-Pierre Visier insiste-t-il sur cet aspect : « bien traiter reposerait donc sur l'évaluation des capacités interactives qui peuvent être mobilisées pour permettre à un enfant de mieux repérer ses propres compétences, et de s'assurer de son existence dans le respect de l'autre et la confiance

⁶⁴ Moguen-Boudet, Nadège, Séverine Courtois, et Marie-Claire Mate. « Maltraitance des personnes âgées et communication » *Empan*, n°52, septembre 2003, pp. 134-138.

⁶⁵ Manciaux, Marie-Agnès, et Benoît Lavallart. « L'outil de sensibilisation "bientraitance" ». *La Revue de Gériatrie*, tome 32, supplément C au n°10, décembre 2007, p. C-32.

⁶⁶ Abram, Jan. *Dictionnaire du langage de Winnicott*. (Traduit de l'anglais par Cléopâtre Athanasiou). Paris : Editions Popesco, 2003.

⁶⁷ Manciaux, Michel. « La bientraitance : une utopie mobilisatrice » *Revue de psychologie de la motivation*, n°34, décembre 2002, p.18.

⁶⁸ Canali. *Ibid.*, p. 162.

⁶⁹ Desmet, Huguette et Pourtois, Jean-Pierre. *Culture et bientraitance*. Bruxelles : De Boeck, 2005, p.12.

⁷⁰ Huet, Marie et de Léonardis, Myriam « Bientraitance et enjeux de scolarisation dans la société sénégalaise » in Desmet, Huguette et Pourtois, Jean-Pierre. (sous la direction). *Culture et bientraitance*. De Boeck, 2005, p.116.

⁷¹ Canali. *Ibid.* p. 162 : « la bientraitance, c'est ce qui encourage leur continuité, qui favorise la pensée ».

en lui-même »⁷². L'interaction⁷³ et la réciprocité sont donc des conditions préalables à l'objectif d'autonomie.

Le concept d'empowerment peut être cité ici pour sa proximité sémantique avec la notion d'autonomie. L'empowerment peut se définir comme « la capacité des personnes et des communautés à exercer un contrôle sur la définition et la nature des changements qui les concernent (Rappaport⁷⁴, 1987) »⁷⁵. L'auteur de cette définition, Yann Le Bossé, traduit ce concept anglophone par « pouvoir d'agir », dans la mesure où l'empowerment se caractérise à la fois par une action d'une personne sur sa vie et par la possibilité de faire appel à ses propres ressources pour y arriver.

L'empowerment est en d'autre terme une passation de pouvoir des professionnels vers les usagers : « L'empowerment appliqué au niveau de l'action sociale vise à rendre le groupe d'usagers capable d'analyser sa situation, de définir ses problèmes et de les résoudre. Cette approche qui associe la population à sa propre gestion implique un transfert de pouvoir de l'équipe d'intervention vers les usagers qui, dès lors, exercent un contrôle direct sur les décisions et les événements qui ont un impact sur leur vie quotidienne »⁷⁶. Ainsi, la bientraitance est à la base de l'empowerment, prise de pouvoir nécessaire pour permettre à l'usager de redevenir acteur de son propre devenir.

La bientraitance se base sur le respect d'autrui

Le respect de la dignité d'autrui se retrouve dans presque toutes les définitions de la bientraitance. Il en est la caractéristique principale et première. Le respect est le fondement des attitudes et comportements bientraitants.

Le respect de la dignité passe par le fait de considérer tout usager comme tout autre être humain, avec les mêmes besoins. Marcel Hérault insiste sur ces besoins fondamentaux : le besoin d'un cadre de vie sécurisant, le besoin d'activité, de se rendre utile, le besoin d'être reconnu et valorisé, de progresser, d'évoluer et de grandir, le besoin de tendresse et d'amour, d'être avec les autres et de communiquer, et enfin le besoin de liberté⁷⁷.

Pour plusieurs auteurs, ce respect ne doit pas seulement exister vis-à-vis des usagers, mais vis-à-vis de tous les protagonistes de l'accompagnement :

« Respect des personnes âgées accueillies et accompagnées, en tant que personnes, dans leur histoire de vie, dans leurs désirs, mais aussi dans les « petits détails » de la vie quotidienne.

Respect des familles, mais aussi respect des autres membres de l'équipe, des collègues et respect de la mission confiée.

Respect enfin de soi même, de son désir de bien faire, de ses compétences de soignant : même si les moyens paraissent trop courts, on peut toujours faire pour le mieux »⁷⁸.

⁷² Visier, Jean-Pierre. « Sortir d'une maltraitance » in Gabel, Marceline, Jésus, Frédéric et Manciaux, Michel. (sous la direction de). *Maltraitances institutionnelles*. Fleurus, 1998, p. 251.

⁷³ Pourtois, Jean-Pierre., Desmet, Huguette et Nimal Patricia. « Vers une définition des conditions de bientraitance. » in Gabel, Marceline, Jésus, Frédéric et Manciaux, Michel. (sous la direction). *Bientraitances, mieux traiter familles et professionnels*. Fleurus, 2000, pp.67-91.

⁷⁴ Rappaport, J. « Terms of Empowerment/ Exemplars of prevention : Toward a Theory for Community Psychology » *American Journal of Community Psychology*, vol. 15, n°2, 1987, pp. 51-63.

⁷⁵ Le Bossé, Yann. « De l' « habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment » *Nouvelles Pratiques Sociales*, n°16 (2), juillet-septembre 2004, p. 32.

⁷⁶ Trémintin, Jacques. « L'usager sait-il ce qui est bien pour lui ? » *Lien social*, n°727, octobre 2004, p. 9.

⁷⁷ Hérault, Marcel. « L'accompagnement des adultes avec autisme dans la nouvelle politique du handicap » *Sésame*, 2^{ème} trimestre 2007.

⁷⁸ Manciaux, Marie-Agnès, et Benoît Lavallart. « L'outil de sensibilisation "bientraitance" ». *La Revue de Gériatrie*, tome 32, supplément C au n°10, décembre 2007, p. C-30. Voir aussi : Tavan, J-M. « La bientraitance institutionnelle » *Revue de psychologie de la motivation*, n°39, 2005, pp.115-123.

Il semble intéressant de conclure cette réflexion sur la définition de la bientraitance par une étude que le CREAI Bretagne a menée auprès de professionnels des MAS et de FAM⁷⁹. 85 professionnels (un sur deux est AMP ou aide-soignant) ont renseignés un questionnaire, qui leur demandait notamment ce qu'ils entendaient par le mot « bientraitance ». Très peu définissent la bientraitance comme le contraire de la maltraitance, la majorité considérant la bientraitance comme un plus vers ou pour le résident. Par ailleurs, les résultats concernant cette question sont les suivants : « la bientraitance est le plus souvent associée à la notion de respect des usagers (38 professionnels), notamment au travers de la considération de la personne dans sa globalité, mais surtout de la reconnaissance en tant que sujet (et non comme objet, objet de soin, etc.), avec des désirs, des goûts, des choix, des envies, des rythmes et des habitudes de vie, des croyances, etc. Ce qui caractérise également la bientraitance, c'est la manière dont on va s'inscrire dans le souci du bien-être du résident (30 professionnels). [...] Enfin, s'inscrire dans une dynamique de bientraitance signifie que les professionnels mobilisent un savoir-être et leurs propres qualités (15 professionnels) : une écoute, de l'empathie, une attention individualisée, de la disponibilité, une présence, une communication verbale et non verbale. [...] La bientraitance, c'est « prendre en compte des besoins de la personne » (10 professionnels) »⁸⁰. Il est donc clair que les mêmes éléments se retrouvent à la fois dans la littérature et chez les professionnels interrogés lors de cette enquête.

2. *Éléments de définition du care*

La littérature anglophone nous a amené à nous pencher sur le concept de care, concept qui rejoint la plupart des éléments de définition de la bientraitance. En effet, le terme de care signifie avant tout donner de la valeur à quelqu'un, respecter ce qu'il est, ses qualités et ses besoins⁸¹. Ce n'est pas le care en tant que tel qui nous intéresse, mais l'éthique du care, qui définit un ensemble de comportements relevant, à nos yeux, de la bientraitance : « la caractéristique la plus importante de l'éthique du care est peut-être que les situations morales n'y sont pas définies en termes de droits et de responsabilités mais en termes de relation de care »⁸².

L'éthique du care décrit des attitudes et comportements non pas déterminés par la règle ou le droit, mais par l'adaptation des réponses à une situation donnée, toujours singulière⁸³ : « la pratique du care implique de sortir de son propre cadre de référence pour entrer dans celui de l'autre »⁸⁴. L'éthique du care est donc une réponse contextualisée et individualisée.

Au-delà de ces caractéristiques, l'éthique du care demande un travail de réflexion de la part de tous les professionnels, et une place importante est donnée à la parole des professionnels qui travaillent au plus près des personnes dépendantes⁸⁵. Ce travail autour de la parole doit amener les professionnels à accepter que leur travail devienne invisible, car pour Pascale Molinier, « de son invisibilité dépend son succès »⁸⁶.

⁷⁹ Debitu, Catherine, Lelouey-Boinet, Christine et al. « La bientraitance, un plus au quotidien : accompagner, éduquer, animer » *CREAI Bretagne*, A propos de..., Dossier n°7, octobre 2004.

⁸⁰ p. 3.

⁸¹ Jones, Gemma M. and Miesen, Bère M. L. *Care-giving in dementia: research and applications, volume 2*. London: Tavistock-Routledge, 1997.

⁸² Tronto, Joan, C. « au-delà d'une différence de genre » in Paperman, P. et Laugier, S. (sous la direction de). *Le souci des autres, Ethique et politique du care*. Paris : EHESS, 2006, p.38.

⁸³ Gilligan, Carol. *In a different Voice*. Harvard University Press, 1998.

⁸⁴ « Caring involves stepping out of one's own personal frame of reference into the other's » : Noddings, Nel. *Caring : A feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley: University of California Press, 1984, p.24.

⁸⁵ Paperman, Patricia et Laugier, Sandra. *Le souci des autres, Ethique et politique du care*. Paris : EHESS, 2006.

⁸⁶ Molinier, Pascale. « Le care à l'épreuve du travail » in Paperman, P. et Laugier, S. (sous la direction de). *Le souci des autres, Ethique et politique du care*. Paris : EHESS, 2006, p. 303.

3. Bonnes pratiques de bientraitance

Tout comme les pratiques qui permettent d'éviter la maltraitance, les bonnes pratiques dites « bientraitantes » font l'objet de précisions chez un certain nombre d'auteurs. Sans être exhaustifs, certains auteurs listent des pratiques qu'ils associent à la bientraitance. Marie Canali⁸⁷, par exemple, décrit la bientraitance envers l'enfant en termes opérationnels par les actions suivantes :

- Tenter d'effectuer un diagnostic différentiel préalable à toute intervention ;
- Décoder les alternances de dépression et de révoltes, comme autant de comportements destinés à lutter contre l'effet traumatique et la pulsion de mort ;
- Renforcer les assises narcissiques par l'étayage ;
- Permettre aux professionnels de comprendre le « vide » que renvoient ces enfants au niveau relationnel, pour prévenir un possible rejet de l'enfant ou un épuisement des professionnels
- Il s'agit de mettre en place un dispositif continu au niveau relationnel, qui permette à l'enfant d'éprouver « continuité du sentiment d'exister » et sécurité de base.

Dans le secteur de l'enfance, d'autres auteurs se sont appliqués à décrire quelles seraient les bonnes pratiques bientraitantes. Par exemple, Frédéric Jésus⁸⁸ énumère des « principes à (ré)affirmer pour prévenir ou éliminer les maltraitements et pour promouvoir les bientraitances :

- Garantir les droits des enfants ;
- Une volonté politique soutenue ;
- Les responsabilités des pouvoirs publics ;
- La place et le rôle des parents dans les processus de décisions et d'accompagnement ;
- Le rôle des professionnels ;
- Estime mutuelle et volonté de rencontre. »

Dans le secteur des personnes âgées, Marie-Agnès Manciaux⁸⁹ synthétise la démarche de bientraitance par dix recommandations phares :

- Respecter autant que possible le choix des résidents ;
- Maintenir un environnement olfactif agréable ;
- Favoriser un environnement sonore signifiant ;
- Faire sortir les résidents en extérieur au moins une demi-heure par semaine ;
- Respecter autant que possible la liberté de circuler de chacun ;
- Limiter à douze heures maximum le délai entre le repas du soir et le petit déjeuner ;
- En cas d'appel, annoncer un délai et le respecter ;
- Définir un temps minimal pour la toilette ;
- Evaluer régulièrement le degré de satisfaction des familles et des résidents ;
- Désigner un professionnel référent pour chaque résident, chargé du recueil des plaintes, de leur transmission et de leur suivi.

En outre, de nombreux articles et ouvrages ne listent pas explicitement de bonnes pratiques, mais amènent le lecteur à comprendre la bientraitance comme l'application de pratiques résultant des éléments de définition décrits plus haut.

⁸⁷ Canali. *Ibid.* p. 163.

⁸⁸ Jésus, Frédéric. « Des maltraitements à la bientraitance institutionnelle ? » in Gabel, M. Jésus, F. et Manciaux, M. (sous la direction de). *Maltraitements institutionnels*. Paris : Fleurus, 1998, p. 289.

⁸⁹ Manciaux, Marie-Agnès, et Benoît Lavallart. « L'outil de sensibilisation "bientraitance" ». *La Revue de Gériatrie*, tome 32, supplément C au n°10, décembre 2007, p. C-31.

Bibliographie

- Abram, Jan. *Dictionnaire du langage de Winnicott*. (Traduit de l'anglais par Cléopâtre Athanasiou). Paris : Editions Popesco, 2003.
- Adorno, Theodor. « Eduquer avec Auschwitz » in Adorno, T. *Modèles critiques*. Paris : Payot, 1984.
- ALMA. *Livret : refuser la maltraitance envers les adultes âgés et réagir avec... connaissance, compréhension, tolérance, compassion*. Mars 2007.
- Amyot, Jean-Jacques. *Pratiques professionnelles en gérontologie*. Paris : Dunod, 2007.
- ANCREAI. *Guide pour des interventions de qualité*. Janvier 2005.
- APF. *Guide de bonnes pratiques à l'usage des structures. Pour la prévention, le repérage et le traitement de la maltraitance*. Handas/ APF, juin 2007.
- AP-HP. *La maltraitance des personnes âgées et des personnes majeures handicapées*. AP-HP, juin 2004.
- Aristote, *Ethique à Nicomaque*. Paris : Flammarion, 1997.
- Bauer, Michel. « Le respect de la personne âgée dépendante en institution » *Vie sociale et traitements*, n°86, février 2005, pp. 166-134.
- Beauchamp, Tom L. and Leroy Walters. *Contemporary Issues in Bioethics*. New York: Wadsworth-Thomson, 5th ed, 1999.
- Beauchamp, Tom, and Childress, J-F. *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press, 3rd ed, 1989.
- Brugère, Fabienne. « La sollicitude. La nouvelle donne affective des perspectives féministes » *Esprit*, janvier 2006, pp.123-193.
- Canali, Marie et Anne-Marie Favard. « Maltraitance et bientraitance. Entre carence et blessure narcissique » *Empan*, n°54, mars 2004, pp. 158-164.
- Casagrande, Alice. « Le cadre de santé, garant de la culture de la bientraitance » *Soins gérontologie*, n°65, mai-juin 2007, pp.16-19.
- Chapon-Crouet, Nathalie. « De la maltraitance à la bienveillance institutionnelle » *Empan*, n°62, juin 2006, pp. 122-126.
- Chossy, Jean-François. *La situation des personnes autistes en France. Besoins et perspectives*. Rapport remis au Premier Ministre, septembre 2003.
- Comité National de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées. *Gestion des risques de maltraitance en établissement, méthode, outils, repères*. Novembre 2007.
- Corbet, Eliane. « Pour une « prévention des violences et maltraitance institutionnelles » ou pour la « promotion de la bientraitance » : que signifient ces glissements sémantiques ? » *Dossier CREAI Rhône-Alpes*, n°134, juin 2004, pp. 14-19.
- Croff, Brigitte. *Seules : Genèse des emplois familiaux*, Paris : Métailié, 1994.
- Crozat, Bruno « Prévenir la maltraitance en MAS » *Lien social*, n°858, octobre 2007, pp. 8-11.
- Debitu, Catherine, Lelouey-Boinet, Christine et al. « La bientraitance, un plus au quotidien : accompagner, éduquer, animer » *CREAI Bretagne*, A propos de..., Dossier n°7, octobre 2004.
- Debout, Michel (DGAS). *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées*. Editions ENSP, 2003.
- Dejours, Christophe. « Commission Violence, travail, emploi santé ». Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, mars 2005.
- Desmet, Huguette et Pourtois, Jean-Pierre. *Culture et bientraitance*. Bruxelles : De Boeck, 2005.
- DGAS. *Guide de repérage des risques de maltraitance et de violence dans les établissements sociaux et médico-sociaux*. Juillet 2002.
- Di Duca, Marco. «Accompagnement de parents d'un enfant en situation de handicap : l'engagement des professionnels dans la construction d'un foyer bientraitant » *Dialogue*, n°171, 1^{er} trimestre 2006, pp. 35-47.

- Duprat, Catherine, « Des lumières au premier XIXème siècle. Voie française de la philanthropie » in Duprat, Catherine et Bec, Colette, *Philanthropies et politiques sociales en Europe (XVIIIème – XXème siècles)*. Paris : Anthropos, 1994, pp.3-15.
- Durning, Paul. « Toute institution accueillant et soignant des enfants est-elle potentiellement maltraitante ? » in Gabel, M. Jésus, F. et Manciaux, M. *Maltraitements institutionnelles*. Fleurus, 1998, pp.71-87.
- Erlingsson, Christen L., Saveman, Britt-Inger, and Berg, Agneta, C. "Perceptions of Elder Abuse in Sweden: Voices of Older Persons" *Brief Treatment and Crisis Intervention*, n°5, 2005, pp. 231-227.
- FHF. *Guide pratique Bienveillance/ Maltraitance à l'usage des établissements et institutions*. 2007.
- Gabel, Marceline, Jésus, Frédéric et Manciaux, Michel. (sous la direction de). *Maltraitements institutionnelles*. Paris : Fleurus, 1998.
- Gabel, Marceline, Jésus, Frédéric et Manciaux, Michel. (sous la direction). *Bienveillances, mieux traiter familles et professionnels*. Paris : Fleurus, 2000.
- Gilligan, Carol. *In a different Voice*. Harvard University Press, 1998.
- Héroult, Marcel. « L'accompagnement des adultes avec autisme dans la nouvelle politique du handicap » *Sésame*, 2^{ème} trimestre 2007.
- Honneth, Axel. *La lutte pour la reconnaissance*. Paris : Les éditions du Cerf, 2000.
- Huet, Marie et de Léonardis, Myriam « Bienveillance et enjeux de scolarisation dans la société sénégalaise » in Desmet, H. et Pourtois, J-B. (sous la direction). *Culture et bienveillance*. Bruxelles : De Boeck, 2005, pp.115-130.
- Hugonot, Robert. *Violences invisibles. Reconnaître les situations de maltraitance envers les personnes âgées*. Paris : Dunod, 2007.
- IGAS. *Evaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mis en œuvre par les services de l'Etat dans les établissements sociaux et médico-sociaux*. Rapport n°2005 179, mars 2006.
- Jésu, Frédéric. « Des maltraitements à la bienveillance institutionnelle ? » in Gabel, M. Jésus, F. et Manciaux, M.(sous la direction de). *Maltraitements institutionnelles*. Paris : Fleurus, 1998, pp. 285-303.
- Jones, Gemma M. and Miesen, Bère M. L. *Care-giving in dementia: research and applications, volume 2*. London: Tavistock-Routledge, 1997.
- Juilhard, Jean-Marc (rapporteur), et Blanc, Paul (président). *Rapport de la commission d'enquête sur la maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et médico-sociaux, et les moyens de la prévenir créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 12 décembre 2002*. Rapport du Sénat n°339, Juin 2003.
- Kant, Emmanuel. *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Paris : Hatier, 2007.
- Lachs, Mark S. and Pillemer, Karl. "Elder Abuse" *Lancet*, n°364, 2004, pp. 1263-1272.
- Lagraula-Fabre, M., Leturmy, L., Boulmier, D., Rihal, H., Perriot, D. et Lhuillier, J-M. « La maltraitance en établissement » *Revue de droit sanitaire et social*, n°6, novembre 2006.
- Le Bossé, Yann. « De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment » *Nouvelles Pratiques Sociales*, n°16 (2), juillet-septembre 2004, pp. 30-51.
- Manciaux, Marie-Agnès., Schmitt, Catherine et Groupe RIDUL. « Violences institutionnelles : qu'en pensent les soignants ? » in *Santé et Maison de retraite, vol II*. Paris : Serdi, coll. L'Année Gérontologique 1999, pp. 176-186.
- Manciaux, Marie-Agnès, et Benoît Lavallart. « L'outil de sensibilisation "bienveillance" ». *La Revue de Gériatrie*, tome 32, supplément C au n°10, décembre 2007, pp. C30- C33.
- Manciaux, Michel. « La bienveillance : une utopie mobilisatrice » *Revue de psychologie de la motivation*, n°34, décembre 2002, pp. 18-23.
- Marchalot, Geneviève. « Prévenir la maltraitance hospitalière et les dérives dans le soins » *Soins gérontologie*, n°65, mai-juin 2007, pp.20-23.
- Mercier, Michel. « Maltraitance et bienveillance : du déni éthique au réductionnisme scientifique » *La Revue Internationale de l'éducation familiale*, n°8, 2004, pp.125-137.
- Moguen-Boudet, Nadège, Séverine Courtois, et Marie-Claire Mate. « Maltraitance des personnes âgées et communication » *Empan*, n°52, septembre 2003, pp. 134-138.

- Molinier, Pascale. « Le care à l'épreuve du travail » in Paperman, P. et Laugier, S. (sous la direction de). *Le souci des autres, Ethique et politique du care*. Paris : EHESS, 2006, pp. 299-316.
- Molinier, Pascale. « Prévenir la violence : l'invisibilité du travail des femmes » *Revue Internationale de psychopathologie et psychodynamique du travail*, n°3, 1999, pp.73-86.
- Moulias, Robert. « Prévention des maltraitements en institution médico-sociale » *Gérontologie*, n°145, janvier 2008, pp.1-9.
- Mowlam, Alice, Tennant, Rosalind, Dixon, Josie and McCreddie, Claudine. *UK Study of Abuse and Neglect of Older People: Qualitative Findings*. National Center for social Research, août 2007.
- Noddings, Nel. *Caring : A feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley: University of California Press, 1984.
- Noel, Sophie, Saber, Minouche. « Vers une « bienveillance » de la personne âgée en milieu institutionnel ? » *Revue francophone de Gériatrie et de Gérontologie*, n°133, mars 2007, pp.112-117.
- Paperman, Patricia et Laugier, Sandra. *Le souci des autres, Ethique et politique du care*. Paris : EHESS, 2006.
- Paul, Maella. *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Paris : L'Harmattan, 2004.
- Peille, Fraçoise. *La bienveillance de l'enfant en protection sociale*. Paris : A. Colin, 2005.
- Pourtois, Jean-Pierre, Desmet, Huguette, et Nimal Patricia. « Vers une définition des conditions de bienveillance » in Gabel, Marceline, Jésus, Frédéric et Manciaux, Michel. (sous la direction). *Bienveillances, mieux traiter familles et professionnels*. Paris : Fleurus, 2000, pp. 67-91.
- Prieur, Cécile. « Des soignants rendent aux malades d'Alzheimer leurs vies oubliées » *Le Monde*, 01 février 2008.
- Quaderi, André. « Violence traumatique en gériatrie » *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°42, janvier 2004, pp.165-171.
- Rapoport, Danièle et Roubergue, Anne. *Blanche-Neige et les sept nains... et autres maltraitements*. Paris : Belin, 2003.
- Rapoport, Danièle. « Enfants bien-traités, adultes bien-traitants » disponible sur le site : www.accompagnerlavie.net
- Rapoport, Danièle. *La bienveillance envers l'enfant. Des racines et des ailes*. Paris : Belin, 2006.
- Rappaport, J. « Terms of Empowerment/ Exemplars of Prevention: Toward a Theory for Community Psychology » *American Journal of Community Psychology*, vol. 15, n°2, 1987, pp. 51-63.
- Résidence Santé Cousin de Méricourt, Résidence Services l'Aqueduc. *Ensemble contre la maltraitance*, Prix spécial du jury Initiatives de la bienveillance, Ville de Paris, 2005.
- Revue francophone de Gériatrie et de Gérontologie. « Dossier bienveillance et accompagnement », n°133, mars 2007.
- Ricoeur, Paul. *Ethique et responsabilité*, Paris : La Baconnière, 1994.
- Ricoeur, Paul. *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil, 1990.
- Rogez, Elisabeth, et Cudennec, Tristan. « Parler de maltraitance, c'est envisager de bien traiter » *Soins gérontologie*, n°65, mai-juin 2007, p. 13.
- Schrod, Hannelore. « Violence potentielle des professionnels en lien avec différents contextes » *Thérapie Familiale*, n°25, mars 2004, pp.323-338.
- Sellenet, Catherine. « De la bienveillance des enfants à la bienveillance des familles ? » *Spirale*, n°29, mars 2004, pp. 69-80.
- Sennett, Richard. *Respect : de la dignité de l'homme dans un monde d'inégalité*. Paris : Hachette, 2005.
- Soins gérontologie. « La maltraitance des personnes âgées », n°65, mai-juin 2007.
- Tavan, Jean-Michel. « La bienveillance institutionnelle » *Revue de psychologie de la motivation*, n°39, 2005, pp.115-123.
- Terreau, Chrystel. « Epuisement professionnel et maltraitance des personnes âgées en institution » *Soins gérontologie*, n°65, mai-juin 2007, pp. 37-40.
- Thebault, Pascal (ENSP). « Maltraitance, bienveillance : prévenir les violences institutionnelles » Module interprofessionnel de santé publique, 2005.

- Thebault, Pascal (ENSP). « Maltraitance, bienveillance : prévenir les violences institutionnelles » Module interprofessionnel de santé publique, 2005.
- Thomas, Hélène, Claire Scodellaro, et Delphine Dupré-Lévêque. « Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : une enquête qualitative » *Etudes et Résultats*, n°370, janvier 2005.
- Tomkiewicz, Stanislaw. « La violence dans les institutions pour handicapés mentaux sévères » *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, n°12 (2), 2001, pp.235-242.
- Trémintin, Jacques. « L'utilisateur sait-il ce qui est bien pour lui ? » *Lien social*, n°727, octobre 2004, pp. 4-10.
- Tronto, Joan, C. « au-delà d'une différence de genre » in Paperman, Patricia, et Laugier, Sandra. (sous la direction de). *Le souci des autres, Ethique et politique du care*. Paris : EHESS, 2006, pp. 25-49.
- UNAPEI. *Maltraitance des personnes handicapées mentales dans la famille, les institutions, la société ; prévenir, repérer, agir. Livre blanc*. Paris, UNAPEI, 2000.
- Vander Borght, christine. « Violence des institutions, violences en institution » *Thérapie Familiale*, n°24, mars 2003, pp. 337-358.
- Vial-Courmont, Michèle. « Maltraitance institutionnelle du nouveau-né » in Gabel, M. Jésus, F. et Manciaux, M. *Maltraitances institutionnelles*. Fleurus, 1998, pp. 179-194.
- Visier, Jean-Pierre. « Sortir d'une maltraitance » in Gabel, M. Jésus, F. et Manciaux, M. (sous la direction de) *Maltraitances institutionnelles*. Fleurus, 1998, pp. 247-258.
- Winnicott, Donald. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969.