

Le concept de bientraitance au secours des DYS.

Dr. A. POUHET – Novembre 2010

Mon propos s'appuie sur un article que vous trouverez résumé à partir de la page 6 de ce texte. Ce résumé page 6 tente de coller à la situation de l'enfant scolarisé.

Vous y trouverez une description des maltraitements actuellement admis, de leurs causes puis les concepts sur lesquels se fondent la notion de **bientraitance**.

Vous pouvez vous référer au texte (en pdf) original grâce au lien suivant

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/revue_litterature_bientraitance_anesm.pdf.

Le concept dit de « **bientraitance** » s'impose aujourd'hui comme une alternative efficace pour anticiper et prévenir diverses situations de maltraitance.

Au lieu d'avoir à repérer et d'avoir à gérer des situations dommageables à la personne, il est préférable d'amener des éléments de réflexions aux personnes susceptibles d'exercer (volontairement ou à leur insu) une maltraitance envers autrui.

L'enfant différent, handicapé, les enfants DYS, sont des personnes parfois dépendantes, souvent vulnérables, toujours potentiellement exposés à la maltraitance de la part des adultes (enseignants, médecins, rééducateurs, AVS, parents...) ou bien de leurs pairs.

Souvent, sans rien pouvoir en dire et sans rien pouvoir en faire.

Les équipes de SESSAD (service de soins spécialisés et d'éducation à domicile) sont parfois les témoins involontaires de tels comportements qu'elles jugent inadéquats.

A cet instant, si certaines de ces attitudes s'avèrent de réels comportements de maltraitance, comment sortir du sentiment d'impuissance que nous ressentons alors habituellement ?

Au-delà des comportements répréhensibles au sein de l'EN (enseignant, AVS ou autre personnel...), il faut sans ambiguïté mentionner qu'il existe également et très clairement, des parents, des professionnels (médecins, paramédicaux, psychologues, personnels municipaux de cantine, et/ou de garderie, ces derniers étant le plus souvent quasi exclus de toutes les instances où les infos circulent...) qui exercent une forme de maltraitance néfaste à l'épanouissement du jeune. Ces personnels sont tout aussi condamnables. Les personnes qui maltraitent, le plus souvent, n'en ont pas conscience mais sont bel et bien "hors la loi" et donc justiciables de leurs actes.

Nous observons fréquemment des difficultés pour concevoir les préconisations énoncées pour essayer de changer la situation des enfants DYS en classe. La compréhension du bien-fondé et donc de la mise en application d'un plan personnalisé de compensation en classe, par l'application du PPS, est encore trop souvent très difficile.

Et devant ce non-respect du projet thérapeutique individualisé motivé et explicite dans le PPS; il m'apparaît nécessaire d'insister sur deux situations, fréquentes pour les enfants DYS mal ou in-compris :

- les violences **psychiques**

- les négligences **passives**

Ces violences ordinaires faites à l'enfant découlent le plus souvent d'une insuffisance d'information dans les écoles sur la réalité du jeune handicapé, d'une insuffisance de formation initiale des intervenants, d'un manque de communication et d'échanges au sein de l'équipe de proximité, d'un manque d'engagement de l'encadrement des équipes pluridisciplinaires, d'un manque de vigilance des tutelles mais aussi de la loi du silence qui entoure généralement ces situations souvent connues, reconnues, constatées par les autres adultes.

Tous ces éléments auxquels s'ajoutent un manque d'instance de régulation, de personne ressource, de médiateur génèrent mal-être, gêne, angoisse chez l'enseignant et/ou l'AVS insécurisés par cet enfant différent, inconnu, mal compris et cible potentielle de comportements inadéquats.

La direction de tout établissement a une importance capitale, c'est elle qui répartit les moyens, c'est également le garde-fou, elle peut impulser une politique de réflexion et de formation à la bientraitance. Les intérêts des enfants doivent passer avant ceux de l'établissement (soigner son image, sa renommée...)

Dans les situations complexes de DYS la bonne volonté, louable en soi, ne suffit pas.

Elle débouche sur la mise en œuvre de solutions de bon sens qui ne marchent pas (plus lire pour mieux lire, plus écrire pour mieux écrire, rabâcher pour mémoriser, ...).

Pour sortir de ces pseudo évidences qui ne fonctionnent pas et ainsi s'autoriser à ne plus remettre en cause la bonne volonté évidente de la plupart de ces enfants, il faut, pour pouvoir "raisonner" autrement, être instruit de ses difficultés médicales, causes de ses difficultés scolaires, et adopter une attitude d'empathie, une disposition **à priori**

favorable envers l'enfant et les professionnels extérieurs à l'école pour lesquels expliquer les difficultés de l'enfant est une **mission**.

Cette attitude positive est la base du concept de bientraitance.

Les violences **psychiques** et les négligences **passives**, même si elles sont rares, sont beaucoup plus fréquentes qu'on le pense !

L'enfant différent, vulnérable, n'a que très rarement les moyens de se plaindre de comportements inadéquats.

L'enfant veut faire plaisir à l'adulte. L'enfant ne veut froisser personne. L'enfant protège les adultes des révélations -pourtant indispensables- dont il saisit confusément qu'elles risquent de déclencher des affrontements d'adultes dont il sera, in fine, la première et seule victime.

L'enfant dépendant de l'adulte, d'une tierce personne, ne peut dénoncer des comportements inadéquats de peur d'être mal entendu et, in fine, encore plus maltraité.

→ Violences **psychiques** : **il n'est pas rare que l'on parle très mal aux enfants en difficultés scolaires, ces violences discrètes sont trop fréquentes.**

→ Négligences **passives** : **il est très fréquent que l'on ne mette pas en œuvre toutes les aides et procédures dont l'enfant a besoin, pourtant inscrites dans un PPS qui fait LOI, donc obligation de déroger à la règle ordinaire** (cf. infra).

Pourquoi ?

1. Par méconnaissance grave des difficultés cognitives causales des DYS (ou de la réalité concrète d'un handicap). Cette méconnaissance est liée au travail encore trop souvent non fait, mal ou insuffisamment fait, de la part du monde médical au sens large.

Le manque de connaissance de l'ensemble des pathologies DYS est encore très important. Les réticences à poser des étiquettes (qui ne sont là que pour alerter et indiquer une direction), l'idée de stigmatiser les enfants avec des diagnostics précoces et des aides en classe sont encore très répandues.

2. Il faut investiguer tout enfant intelligent (facteur G préservé) en difficulté scolaire et présenter aux équipes pédagogiques ses points faibles, ses points forts, définir un pronostic scolaire probable (et donc par essence révisable) et ainsi définir l'accompagnement nécessaire pour tenter de réaliser un objectif raisonnable. Et **il faut**

s'y tenir année après année (bien sûr en s'autorisant de le modifier en fonction de l'évolution réelle, constatée, de l'enfant).

Cela présuppose que l'on accepte d'échanger et de partager sur la réalité de chaque enfant, en incluant les parents dans cette réflexion, et que l'on accepte aussi de se tromper et donc de la nécessité de revenir à une évaluation.

3. Il faut que les enseignants dépassent le bon sens commun pour aller vers le bon sens de la situation de handicap structurel, peu susceptible d'amélioration, peu susceptible de guérison.

Ils ne feront cela que si, et seulement si, quelqu'un ou bien une structure, leur "explique" l'enfant, sa pathologie, les conséquences scolaires, si on les accompagne à faire autrement (et non pas toujours plus de la même chose qui ne marche pas) et si leur hiérarchie les soutient dans ces adaptations nécessaires en mettant en place des conditions d'accueil favorables donc en dégagant les moyens matériels, humains, donc **financiers** nécessaires.

Les pictogrammes et les signes n'empêcheront jamais un enfant qui doit parler de développer son langage et le seul "bain de langage" n'est pas thérapeutique en soi. Ecrire à l'ordinateur n'empêche pas de tracer des lettres quand on n'est pas en situation de produire un écrit "suffisamment" rentable, donc écrire plus quand on écrit mal n'est pas thérapeutique en soi. Lire plus parce que l'on lit mal n'est pas non plus thérapeutique en soi et va enfermer l'enfant dans une lecture-compréhension médiocre source de difficultés de plus en plus intenses avec l'augmentation des exigences. Reprendre un enfant sur son inattention est nettement moins efficace que de le mettre dans une situation-classe qui bannit la distractibilité, les problèmes de mémoire sont bien plus aisés à contourner qu'à rééduquer et faire "finir à la récré" un enfant hyperactif c'est le mettre en situation difficile à la reprise : il doit toujours pouvoir évacuer son trop-plein d'énergie avec ses copains à la pause...

La dépendance d'un enfant (qui peut être limitée par la pathologie) ne doit pas être confondue avec son autonomie, qui est "la capacité à s'administrer librement" donc la capacité à réclamer l'aide dont il a besoin pour faire, progresser, réussir... cela peut être la présence de l'AVS qui permet "d'être autonome à deux" !

4. Cette réalité légitimise donc :

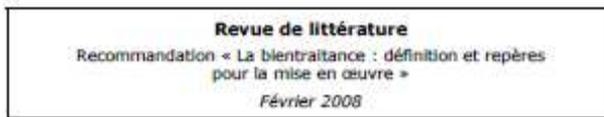
- a. l'investigation, l'expertise des enfants susceptibles de DYS...
- b. le transfert aux équipes pédagogiques de tous les éléments susceptibles de permettre la compréhension fine de cet enfant singulier... pour ne pas appliquer des recettes au petit bonheur la chance...
- c. la bonne mise en application par l'équipe pédagogique du plan personnalisé de compensation incluant le plan personnalisé de scolarisation qui autorise et fait obligation réglementaire à l'enseignant de sortir de la norme puisque la MDPH lui en fait l'obligation en s'appuyant sur les préconisations émanant de l'équipe pluridisciplinaire de proximité à laquelle elle a participé.

La responsabilité de l'équipe pédagogique est engagée quand elle ne met pas en application des préconisations qui font LOI et s'étendent à l'obligation de collaboration avec les professionnels soignants, l'AVS et les parents.

En cas de non mise en application d'un PPS transmis à l'école, nous sommes très clairement en situation d'omission volontaire, donc de négligence passive.

- d. la dénonciation, par quiconque, des situations de maltraitance. Font partie de ces situations les violences physiques et psychiques et les négligences par omission, donc la non mise en application du PPS.
- e. la formation initiale de tous les acteurs au concept de bientraitance avec au minimum, une réflexion sur la façon de s'adresser aux enfants, sur les mots utilisés, qui, inutilement blessants, dévalorisants, l'enferment dans une croyance erronée qu'il est nul, qu'il ne vaut rien et constituent bien souvent des cicatrices quasi indélébiles obérant le travail ultérieur d'enseignants, d'aidants, de professionnels qui s'épuiseront à restaurer un enfant marqué à vie par des attitudes et des mots inappropriés, incapable de restaurer une estime de soi convenable, "suffisamment bonne".

**LE CONCEPT DE BIENTRAITANCE EST AVANT TOUT
UN ETAT D'ESPRIT A PRIORI ET INEBRANLABLE
DE BONNES DISPOSITIONS ENVERS AUTRUI.**



http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/revue_litterature_bientraitance_anesm.pdf .

Le texte de l'ANESM cité se réfère aux déclarations universelles suivantes :

- 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'acquiescer la plus large autonomie possible. »

1. Définitions et contours de la maltraitance

De nombreux ouvrages et articles existent sur le thème de la maltraitance. 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...* ».

Par la suite, le Conseil de l'Europe a classifié les différents types de maltraitements (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, chantage, 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, abandon, 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**".

Le terme de maltraitance inclut donc à la fois des actions envers une personne et des omissions.

Certains auteurs apportent d'autres éléments, tel que Michel Debout, 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 Cudennec insistent sur la banalisation de cette dégradation.

Hannelore Schrod 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 Favard, qui aboutit à considérer la personne accompagnée comme un objet : la personne est devenue « objet », à la place duquel on décide – pour son bien évidemment ».

La maltraitance est donc une atteinte à la dignité humaine, un droit pourtant rappelé dans le code de l'action sociale et des familles à l'article L. 166-2.

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 retiendrons quatre : les caractéristiques des usagers, les conditions de vie et de travail, les professionnels et la direction de l'établissement ou du service.

o Les caractéristiques des usagers

Comme le souligne Michel Debout : « Les troubles cognitifs ..., l'agressivité ou l'apathie peuvent générer ou raviver des situations de crise ou de violence et favoriser les actes de maltraitances des aidants... ».

La dépendance, la faiblesse ou encore la vulnérabilité, sont autant de facteurs cités par Jean-Jacques Amyot et Nadège Moguen-Boudet.

D'après une étude qualitative suédoise à propos des représentations des personnes âgées sur les maltraitances 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).

o 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 », mais aussi l'inadaptation des locaux ou de l'organisation au rythme de la personne, tel que le décrit le rapport du Sénat, ainsi que bien d'autres auteurs. 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 ».

Les conditions de travail, la pénibilité ou encore la routine sont autant de facteurs que l'on retrouve dans la littérature.

Différents auteurs tels que Chrystel Terreau, Michel Bauer, ou encore Robert Moulias soutiennent cet argument. Conséquence de cet ensemble de facteurs, le burn-out est lui aussi très souvent cité.

Sophie Noel et Minouche Saber posent le problème du recrutement et de la formation des personnels : « L'absence de valorisation de la mission entraîne un manque de candidature de personnels qualifiés. L'embauche de personnel non qualifié comble ce déficit mais pose le problème du manque de connaissance de la mission et plus encore de la spécificité de la personne ». 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 Marchalot, 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 ».

L'enfermement relevant quant à lui du travail de l'encadrement, nous allons à présent voir les facteurs de risques liés au management.

- o 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 répètera jamais assez, la fonction de direction est d'une importance capitale : elle compte pour au moins 50% dans la réussite d'un projet »

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 ».

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 ».

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. Les résultats sont résumés dans le tableau suivant.

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.

En résumé :

- informer et sensibiliser
- ne jamais banaliser et reconnaître les situations de maltraitance
- les anticiper par le management et la qualité de vie et de travail des professionnels
- vigilance des autorités de contrôle
- rappel des sanctions pénales
- levée du secret professionnel
- développer la fonction et le recours au médiateur
- guides de bonnes pratiques et outils pédagogiques
- repérer
- dépister
- reconnaître
- révéler
- prise en charge
- suivi...

2. Éléments de définition et de caractérisation de la Bientraitance

Il est important de noter en préalable que nous n'avons pas trouvé d'enquêtes 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 décrirons 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 maltraitances pour ancrer une construction plus impersonnelle à connotation normative ». 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 ».

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 satisfaisante 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 ». Cet aspect est aussi bien exprimé comme une caractéristique intrinsèque à prendre en compte, 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 ».

- **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 fait d'agir envers quelqu'un. 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 des soins émanant des acteurs, destinés à répondre aux besoins des enfants ». C'est donc l'ensemble des manières d'être des professionnels qui la caractérise : à la fois écouter, prendre soin, ou encore questionner ses propres représentations.

- **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 ».

La bientraitance n'est donc pas une fin en soi, elle est un processus, toujours en mouvement, vers une amélioration de la situation. C'est « une mobilisation pour un meilleur traitement des usagers ».

- **La bientraitance est une adaptation aux usagers**

Danielle Rapoport, qui insiste sur l'importance d'écrire le terme « bien-traitance » avec un trait d'union, maintient l'idée que les professionnels ont ce devoir d'adaptation avec l'enfant : « Bientraitance : 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 constante de toutes ces composantes : affectives, verbales, intellectuelles, sensorielles..., tout en respectant la spécificité propre à chaque âge et à chaque stade ».

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.

Pour s'adapter aux individus, les professionnels doivent bien évidemment apprendre à connaître leurs désirs et besoins. Marie- Agnès Manciaux qui présente l'outil Mobiquial 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 ».

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 ».

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 » 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 ».

- **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 ». 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 garantes du bon développement de l'enfant ».

Au-delà du fait que la bientraitance doive favoriser l'autonomie - d'agir, mais aussi de penser -, elle met au coeur de l'accompagnement la personne accompagnée elle-même : la bientraitance doit amener les usagers des établissements et des 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 en lui-même ». L'interaction 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 (Rappaport, 1987) ». 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 ».

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 Héroult 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 liberté.

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 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 ».

Il semble intéressant de conclure cette réflexion sur la définition de la bientraitance par une étude que le CREA Bretagne a menée auprès de professionnels des MAS et de FAM79.

85 professionnels (un sur deux est AMP ou aide-soignant) ont renseigné 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 (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.

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. Eléments 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 besoins. 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 ». 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 singulière : « la pratique du care implique de sortir de son propre cadre de référence pour entrer dans celui de l'autre ». **L'éthique du care est donc une réponse contextualisée et individualisée.**

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 Canali, 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 Jésus énumère des « principes à ré-affirmer pour prévenir ou éliminer les maltraitances 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.**