

LA BIENTRAITANCE :

La bientraitance est une démarche globale dans la prise en charge du bénéficiaire, et de l'entourage du bénéficiaire visant à promouvoir le respect des droits et libertés du bénéficiaire, son écoute et ses besoins, tout en prévenant la maltraitance.

Cette démarche globale met en exergue le rôle et les interactions entre différents acteurs que sont le professionnel, l'institution, l'entourage et le bénéficiaire. Elle nécessite un questionnement tant individuel que collectif de la part des acteurs.

Le professionnel favorise la bientraitance par la mobilisation de ses savoirs (ses connaissances), son savoir-être (sa posture professionnelle et son humanisme) et son savoir-faire. Le savoir-être contribue au climat de confiance, au respect et à l'écoute du patient, de l'usager. Le savoir-faire se décline tout au long de la prise en charge du bénéficiaire.

La bientraitance du bénéficiaire passe par sa participation et celle de son entourage aux soins et à son implication. La participation des proches aux soins et à l'accompagnement du bénéficiaire se fait dans le respect de ses choix et de son éventuel refus.

L'ensemble des acteurs favorise la bientraitance par leurs interactions

Le travail au domicile des bénéficiaires par les intervenant(e)s

Il existe différents modes d'intervention, que ce soit pour l'aide à domicile classique ou l'aide à domicile médico-social.

- 👉 le mode prestataire, où une structure (association, société privée à but lucratif, service public) est l'employeur du salarié
- 👉 le mode mandataire ou le gré à gré, quand la personne aidée est l'employeur du salarié.

Dans l'aide à domicile, le professionnel intervient dans la sphère privée, voire intime, des personnes aidées. Cet espace est leur repère (histoire, souvenirs, objets personnels, meubles) et dans leur repaire (elles se sentent protégées contre les agressions)

Il faut donc avoir conscience que la venue d'un intervenant à domicile fait intrusion dans cette sphère. Cette intrusion aura, bien entendu, des conséquences dans le rapport professionnel-bénéficiaire.



Il est ainsi important pour tous ces professionnels de s'interroger non seulement sur le pourquoi de leur intervention, la commande sociale, mais aussi sur le comment. Intervenir au domicile d'une personne ce qui oblige l'intervenant(e) à avoir une éthique personnelle basée sur le respect des habitudes, des convictions, des attentes de la personne (reconnaissance) et de ses capacités physiques ou intellectuelles (faire avec).

Nul ne peut s'octroyer le droit de se substituer aux besoins et attentes du bénéficiaire. Cette évidence est pourtant souvent mise à mal par la volonté de bien faire, où « le vouloir devient pouvoir. Nous pensons « faire bien » et pour le bien du bénéficiaire

Notre empathie nous amène non plus à être conscient du vécu de l'autre mais à nous mettre à sa place.

C'est ainsi qu'au quotidien des professionnels « gentils » font gentiment *des actes de bienveillance maladroite ou de maladresse involontaire*

Citons un exemple, le salarié(e) qui, convaincu qu'il va améliorer le cadre et le confort de vie de « son » bénéficiaire, va réorganiser le logement sans l'associer. Le salarié(e) qui va imposer ses choix en termes de menus pour faire respecter un régime alimentaire. Le salarié(e) va répondre au téléphone à la place de la personne pour ne pas la fatiguer. Bref, paré de bonnes intentions, le professionnel va adopter des attitudes ou mener des actions inadaptées à la personne.

Le manque de professionnalisation des salariés

La « bonne volonté » ne doit pas remplacer la compétence professionnelle.

Il n'est pas rare d'entendre dire par les bénéficiaires et leur entourage qu'il n'y a pas besoin de formation pour exercer ce métier. Grave erreur que de telles pensées peuvent véhiculer. Le métier d'assistante de vie est encadré par un diplôme. Il permet d'intervenir dans de bonnes conditions auprès des personnes âgées ou dépendantes. Ces professionnels doivent faire face quotidiennement à des personnes âgées, malades ou ayant un handicap, qu'ils ont à accompagner dans des situations souvent complexes et douloureuses, comme la fin de vie, les addictions, les pathologies mentales, les démences, la marginalisation, l'exclusion sociale (dans le sens de la rupture des liens sociaux), etc.

Ces salariés ne manquent pas toujours d'outils dans certains « savoir-faire » techniques. En revanche, des lacunes existent dans les savoir-faire relationnels. Nous voulons parler ici des maladroites qui peuvent être vécues par la personne aidée ou son entourage comme de la « maltraitance ».

Ce métier est basé sur la relation d'aide.

Du point de vue du bénéficiaire, la présence de l'aidant professionnel peut être vécue comme une intrusion dans son espace de vie et/ou vient lui rappeler douloureusement sa perte d'autonomie ou/et son entrée dans la dépendance.

Cette relation peut se bâtir dans des cas extrêmes sur des rapports de domination et d'asservissement. Cela s'ancre parfois sur des petits malentendus qui ne sont pas toujours conscientisés par l'intervenant. Un certain nombre de témoignages montrent comment, à partir d'une bonne volonté, l'intervenant infantilise ou se substitue à la personne aidée :

👉 L'emploi, par les professionnels, des termes « papy, mamy », normalement réservés au cercle des intimes, et celui du « on » sont monnaie courante

👉 La difficulté du salarié de rester à sa place dans la relation d'aide. Les limites d'intervention sont vite dépassées et l'intervenant prend en toute bonne foi une décision ou fait à la place du bénéficiaire.

👉 L'intervenant va faire, par manque de formation, chez la personne aidée comme il fait chez lui, pour arriver au paradoxe suivant : « la maison n'a jamais été aussi propre mais la personne aidée ne se sent plus chez elle »

👉 le manquement même au devoir de discrétion n'est pas rare. La vie privée du bénéficiaire peut être évoquée sans conscience de mal faire devant des amis, des voisins, des personnes ne faisant pas partie de l'équipe pluriprofessionnelle.

Une réflexion et une analyse sur les pratiques et certains apports théoriques restent les garants d'une prise en charge qui respecte les droits fondamentaux de chaque individu.

Nous constatons aujourd'hui que ce sont, en général, des petites humiliations, des maladresses, des rapports de servitude qui se jouent dans un espace privé où il n'existe pas toujours de tiers. Cette « petite violence » quotidienne va engendrer de la souffrance chez l'une et/ou l'autre des parties. Du point de vue des salariés non formés à l'intervention sociale, nous le percevons fortement dans nos formations continues, il leur est souvent difficile de faire la part entre le désir d'aider et le risque de se substituer à la personne.

Le ressenti des intervenant(e)s

Il n'est pas rare d'entendre des salariés exprimer leur souffrance d'être pris pour des « femmes de ménage ». Elles (ils) parlent de subordination aux « ordres » du bénéficiaire, voire de sa famille, qui dévalorisent leur travail et en retirent le sens. Bien souvent, ces professionnels n'ont aucun espace pour parler de cette souffrance, analyser ce qui se joue entre eux et la personne aidée et/ou les aidants naturels. Des tensions vont se créer dans la relation d'aide. C'est seulement lorsqu'un risque majeur de conflits voit le jour que le salarié ose témoigner de sa situation.



- 👉 « Je n'en peux plus de ce bénéficiaire... »
- 👉 « Je ne le supporte plus »
- 👉 « Je ne lui adresse plus la parole »
- 👉 « La famille est insupportable, ça m'angoisse... »

À l'inverse, le risque d'une forte sympathie peut s'installer. La place de l'aidant professionnel est brouillée par cet état. En effet, cette relation qui se crée dans le temps et cette présence attendue, valorisante pour l'intervenant (« tu es comme ma fille »), sont quelquefois le seul moment d'une présence humaine pour la personne aidée. Elles vont favoriser la confusion entre sphère privée et professionnelle, avec pour conséquence de vite dépasser les limites d'intervention.

Il n'est pas rare de constater que des salariés, pris au piège de leur propre fonctionnement vont tantôt se substituer aux attentes des bénéficiaires, tantôt se retrouver en état d'« asservissement » ou tout du moins au service de ces derniers. Cette confusion est évidemment accentuée par la situation même de l'intervenant à domicile qui, pris dans une relation duelle et sans tiers, peut s'enfermer jusqu'à l'aveuglement, car sans possibilité de recul, dans un rapport de servitude. Ainsi, cette activité professionnelle où le « service rendu » n'est jamais loin du rendre service ou d'être au service engendre inmanquablement certaines dérives.

Comment un(e) aide à domicile confronté(e) à l'isolement de la personne aidée, à sa solitude, quelquefois à son exclusion sociale, peut-il (elle) l'accepter ?

Toutes ces questions taraudent les aidants professionnels. Minés par la culpabilité, isolés dans l'exercice de leur métier mais aussi parfois envahis par le don de soi, ils n'ont la plupart du temps que peu d'outils pour prendre de la distance et peu de lieux pour s'exprimer, échanger, témoigner de leur vécu. Le responsable de secteur peut être une référence mais il n'a en général pas de temps, voire de formation, pour analyser ce qui se joue dans la relation d'aide. Il ne peut, par conséquent, pas tenir le rôle de tiers.

La non-reconnaissance du travail à domicile

Dans les représentations, l'intervention à domicile est liée encore aujourd'hui à la sphère du travail domestique. Cette réalité est accentuée, même si la situation a évolué, par une dévalorisation de certaines activités de la vie quotidienne comme l'entretien du cadre de vie, que l'on réserve à d'autres (le/la domestique, la bonne). Pourtant ces activités, lorsqu'elles sont socialisées, deviennent le levier à la création d'une relation d'aide et de confiance. Faire le ménage n'a pas forcément de sens car cela peut être vécu comme une tâche. ***Entretenir le cadre de vie prend tout son sens si cela permet au bénéficiaire de se maintenir chez lui.***

Il y a donc dès le départ une dévalorisation du métier d'aide à la personne. Cette dénégation est bien souvent portée par le demandeur d'aide mais aussi par l'aidant lui-même.

Nous voyons, dans nos formations d'AVS, comment l'activité « entretien du cadre de vie » est vécue par le stagiaire. « On ne fait que du ménage » est une phrase qui revient fréquemment en début de formation. Nous sommes donc amenés à travailler sur ce vécu avec le stagiaire.

Comment il passe de

☞ « on me prend pour une femme de ménage »
à

☞ « je suis, entre autres, une aide pour l'entretien du cadre de vie de la personne ».
Comment finalement le stagiaire passe de la notion de tâche ménagère à celle d'activité indispensable au maintien à domicile.

Mais ce travail de dé-construction des représentations ne peut se faire qu'en formation.

- ☞ Comment valoriser un métier que l'on réduit à une aide au ménage ?
- ☞ Comment trouver de l'intérêt à cette activité si la société en nie l'utilité sociale ?

Le témoignage des salariés nous montre les difficultés qu'ils rencontrent pour faire valoir ce statut « d'aide médico-social à domicile ».

Le constat est simple : sans reconnaissance, toute personne éprouve de la souffrance. Elle peut être un frein à la bientraitance.

Le travail en équipe pluriprofessionnelle est inscrit dans le travail médico-social à domicile comme indispensable pour assurer la continuité de la prise en charge et garantir la qualité des interventions dans un cadre déontologique. Néanmoins, s'il est indéniable que différents professionnels (infirmière diplômée d'État, aide-soignante, kinésithérapeute, avs, etc.) interviennent chez la personne aidée, cela ne constitue pas pour autant une équipe. Deux écueils expliquent cette situation.

☞ Le premier – est de taille il est lié au fait que les professionnels du secteur médical et paramédical ont encore beaucoup de difficultés à reconnaître le métier d'AVS. Bien souvent, ceux-ci sont considérés comme des aides ménagères et les autres intervenants ne cherchent pas leur contact. Si la légitimité de leur présence à domicile n'est pas remise en cause, celle leur parole ou de leurs écrits n'est pas encore reconnue.

☞ Le deuxième est davantage lié à l'organisation même du travail. Les rencontres physiques entre professionnels sont rares, chacun étant confronté aux contraintes d'emploi du temps dans sa propre activité. Les réunions sont quasiment absentes. Chacun œuvre au mieux (au moins mal ?), dans sa spécificité, à la prise en charge. Dans ce contexte, l'intervenant à domicile se retrouve encore très seul devant la complexité de certaines situations à gérer.

En conclusion



Le travail à domicile reste une activité précaire : le temps partiel subi n'est pas rare. C'est aussi un secteur où une grande majorité des salariés sont des femmes sans qualification et sans diplôme. Si la volonté de professionnaliser ce secteur par tous les acteurs de ce champ d'activité était une avancée, nous devons constater qu'aujourd'hui certaines structures d'aide médico-sociale à domicile n'ont pas les moyens financiers de leur ambition. Ce constat a et aura des conséquences dans la qualité des prises en charge. Il va également à l'encontre de ceux qui se battent sur le terrain (salariés, employeurs, formateurs) pour la reconnaissance de ce métier.

Tout les professionnels opérant dans ce secteur d'activité doivent être formé à une pratique :

- 👉 qui respecte le cadre déontologique de son activité .
- 👉 qui lui donne les moyens de respecter ses limites d'intervention.
- 👉 qui lui permet d'analyser le contexte dans lequel il intervient pour pouvoir être à sa « juste place ».

La défaillance de ce processus engendre de la souffrance tant du côté de celui qui exerce que de celui qui subit. Elle provoque inéluctablement de la maltraitance.

Le professionnel doit être vigilant aux attitudes et aux actes qui peuvent, sans volonté de nuire, être ressentis par les bénéficiaires comme des violences douces. Nous avons vu comment, dans l'exercice concret du métier d'intervenant à domicile, les « manques » – qu'ils soient de formation, d'intention, etc. – viennent perturber, parasiter la relation d'aide.

La personne aidée est d'abord une personne qui a une histoire, des habitudes, des attentes, et qui pour diverses raisons (âge, maladie, handicap, etc.) a besoin que « l'on compense son état de fragilité » en répondant au mieux à ses besoins.