HAL
open science

Représentations et réalité pratique des médecins au sujet de la bientraitance, étude qualitative dans les agglomérations de Grenoble et de Chambéry

Raffaella Federici, Cécile Orillard

To cite this version:

Raffaella Federici, Cécile Orillard. Représentations et réalité pratique des médecins au sujet de la bientraitance, étude qualitative dans les agglomérations de Grenoble et de Chambéry. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01923191

HAL Id: dumas-01923191

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01923191v1

Submitted on 15 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UFR de Médecine
UNIVERSITÉ Grenoble Alpes
BIBLIOTHÈQUES UNIVERSITAIRES Grenoble Alpes

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2018

REPRESENTATIONS ET REALITE PRATIQUE DES MEDECINS AU SUJET DE LA BIENTRAITANCE, ETUDE QUALITATIVE DANS LES AGGLOMERATIONS DE GRENOBLE ET DE CHAMBERY

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLÔME D'ÉTAT

Raffaella FEDERICI Cécile ORILLARD

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE
Le : 07/11/2018

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Professeur Patrick IMBERT

Membres :

M. le Professeur Vincent BONNETERRE

M. le Professeur Pascal COUTURIER

M. le Docteur Pierre BASSET

Mme. le Docteur Coline NICOLOTTO (directrice de thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Liste du corps enseignant : Université Grenoble Alpes UGA

UFR de Médecine
UNIVERSITÉ Grenoble Alpes

Doyen de la Faculté : **Pr. Patrice MORAND**

Année 2017-2018

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie

PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie

PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie

PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

Remerciements

A Monsieur le Professeur IMBERT, pour l'honneur que vous nous faites de présider le jury de cette thèse, pour votre disponibilité et votre bienveillance tout au long de ce travail. Veuillez recevoir l'expression de notre plus profond respect.

A Monsieur le Professeur BONNETERRE, pour avoir accepté de participer au jury de cette thèse, et pour l'honneur que vous nous faites de juger ce travail. Veuillez recevoir notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur COUTURIER, pour avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse, et de l'éclairer de vos compétences. Veuillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur BASSET, pour avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse, mais aussi pour votre présence, votre intérêt pour ce sujet, votre aide précieuse pour la réalisation de ce travail, grâce à la mise en relief que vous nous avez proposé lors de chaque rencontre. Veuillez recevoir nos sincères remerciements.

A notre directrice de thèse, le Docteur NICOLOTTO, pour avoir accepté de te plonger avec nous dans ce sujet, pour ton calme et ton aide. Merci pour ce juste équilibre entre soutien et autonomie, ainsi que pour les journées terrasse !

A ceux qui nous ont aidés à la rédaction de ce travail, par leurs pertinentes relectures. A Vincent pour le parfait résumé « in english » !

Et surtout, à tous les médecins qui ont pris le temps de participer à ces entretiens, pour votre vivacité d'esprit, vos réflexions pertinentes sur le sujet… Parce qu'en analysant vos propos, vous nous avez rendues (encore plus) fières de notre métier !

CECILE :

A l'ensemble des médecins aux côtés de qui j'ai eu la chance de découvrir, de travailler, et d'apprendre le début de la médecine, dans ma faculté d'origine notamment Pr Hanslik, Dr Mayenga, Dr Khau.

A l'ensemble des médecins aux côtés de qui j'ai eu la chance de poursuivre cette route, cet apprentissage, tout au long de mon internat à Grenoble notamment Dr Bosseray, Dr Colombe, Dr Gressin, Dr Contamin, Dr Abadie et Dr Levy, Dr Bayet Papin et l'équipe de Chambéry, Dr Barbaret, Dr Liatard, Dr Monier et Pr Laval.

Aux équipes de soins palliatifs de Grenoble et de Chambéry, médicales et paramédicales, avec lesquelles il est possible de remettre du sens, chaque jour, dans la pratique quotidienne.

A l'ensemble des équipes avec lesquelles j'ai eu la joie de travailler, dans les bons et les mauvais moments, pour leur soutien, leur chaleur, leur vie.

Au Dr Jean Pierre Boyer et Dr Nicole Hugon, pour votre transmission de cette médecine différente, pour les rêveries de changements et la valeur de l'Autre, ainsi qu'à toute l'équipe du samedi matin.

A tous mes co-internes, Nicolas et Romain, Alexis, Benoit, Claire, Anne, Sabrina, Giovanni, Lukas, Kevin, Laëtitia, Cécile, Ellen… et tous ceux de l'internat, Liza, Fanny, Wassima, et tous les autres, pour les rires, les difficultés…bref les moments de vie commune à inventer…

A mon père, Philippe, sans qui rien de tout cela n'aurait pu arriver et avec qui j'aurais souhaité partager ce moment.

A ma mère, Annie, le premier médecin qui je crois m'a guidée, par sa passion, son énergie, et sa droiture… Mais surtout Maman, pour ton soutien sans faille, pour ton amour immense, inconditionnel, et toujours simple, clair et limpide…pour la justesse de tes paroles.

A Florence et Loïc, mes frères et sœurs pour le meilleur et pour le pire, pour ces aventures incroyables qui nous sont toujours arrivées, pour les discours enflammés qui nous animent aujourd'hui, pour votre soutien infaillible, les Noëls de post garde avec petit déjeuner Dantesque…pour cet amour partagé…

Pour notre fine équipe à tous les quatre, et pour cette « dream team » qui s'agrandit avec Patrick, Jean Marc, et Oliv'… il fait si bon de se retrouver, de partager le plaisir simple de rire et d'être ensemble, remonter des rivières et se baigner avec des chenilles…

A tous les copains de Saint Quentin, qui m'ont vu grandir, prendre la voie des études, toujours plus longues, et qui m'ont toujours donné leur confiance, leur amitié, et leurs idées farfelues, Stef et Mika, Matthieu, Marie, Mathilde, Sidoine et les voisins et les bandes de ce moment-là…

A mes Co externes et amis, premiers collègues de toute une vie, Matthieu pour toutes les fois où on a reconstruit l'hôpital ensemble, pierre par pierre, sur les bancs d'Ambroise Paré…

A Thulan, pour cette belle amitié qui ne connait ni frontières, ni limites, pour ce pouvoir de continuer à évoluer ensemble, pour ton courage et ta droiture, ton investissement et ton énergie, ta chaleur et ton soutien… Et pour le débriefing toujours possible…

A la coloc' du 26 mai, « SMLV town », à la maison en elle-même qui connait un certain pouvoir, celui d'une atmosphère particulière où j'ai trouvé un foyer, entre les arbres, la source et le béton, un joli trait d'union… Et surtout pour tous les colocs qui sont passés, qui ont vécu de près ou de loin dans cette maison, pour la famille que j'y ai trouvé, pour l'immense chance que j'ai eue et que j'ai de vivre près de vous, pour cette chaleur créée ensemble, la capacité de prendre soin les uns les autres, de se sentir commun et collectif, pour la bulle de paix, d'espoir et de folie que l'on réussit chaque jour à créer ensemble… Evidemment, pour votre soutien indéfectible lors de la rédaction et tout au long du parcours de cette thèse, les repas tout chauds ou les verres de vins rouge, et surtout les projets incroyables et farfelus, les mouvements de congélos et les peintures murales, les modes de vies qui remuent…

A Raff évidemment, la seule co-thésarde avec qui il était possible de réaliser ce projet…pour la réelle construction commune de ce défi, pour ton exigence, ton attention, tes mots doux, ton investissement dans ce projet, ta confiance, ton amitié et ta liberté…

A Olivier, pour les si belles couleurs avec lesquelles tu as su teinter mon quotidien de ces quelques années, le bonheur du quotidien (quand le vent va dans le bon sens), les nuits avec ou sans tente… et toutes les prochaines…

A tous ceux dont la route a croisé la mienne, et qui l'ont rendue si riche et si vraie…

Merci.

RAFFAELLA :

A tous les médecins que j'ai pu rencontrer au cours de mes études, à Dijon et lors de ma première découverte de la médecine générale dans la Bresse.

Aux équipes médicales et paramédicales fréquentées pendant l'internat : au Dr Hervé au CHU, pour ton soutien ; aux Dr Guerry, Cosnier et De Vericourt pour votre transmission de la médecine générale, à toute l'équipe des urgences de Chambéry ; à Anne Claire Trébuchet, pour ta pertinence et ta confiance ; aux infirmières et aides-soignantes de l'UPU ; et à l'équipe de Flaine pour m'avoir fait découvrir la médecine de montagne (au cabinet, et en dehors !).

A tous les co-internes, avec qui j'ai partagé les bons (et moins bons) moments. A cette belle période de notre vie. Pensée particulière pour Dysmas, mon acolyte des débuts.

A ma maman tant aimée, pour ton soutien inconditionnel pendant ces longues années d'études, merci d'être là, quoi qu'il arrive. Je n'aurais pu rêver d'une mère différente. Puissé-je un jour devenir une femme aussi courageuse, forte et indépendante que toi.

A mon frère, Paul, à notre enfance, à cette tendre complicité qui persiste. A ta richesse folle et à l'aide précieuse que tu m'apportes dans cette drôle épopée qu'est la vie.
Au bonheur de te savoir exister, tout simplement.

Al mio papà, grazie. C'est ton exigence et ta rigueur qui m'ont toujours poussées à me surpasser, à tenter de m'améliorer jour après jour, et à questionner mon existence sans relâche. Sei e rimarrai per sempre il più bel esempio di complessità, di intelligenza e di cultura.

A ma famille chérie : Aux belles personnes qu'étaient ma mamie et mon papi : vous m'avez transmis des valeurs que je m'efforcerai d'appliquer tout au long de ma vie. Je pense fort à vous aujourd'hui.
A Francesca : sorella di mente... Ammiro la tua determinazione, la tua rettitudine di cuore. Penso che tu oggi mi capisci, perche siamo simile su tante cose, alla fine…
A Daniela : sorella d'anima... Il nostro legame mi stupisce : non ha frontiera, non conosce il tempo che passa, rimane sempre chiaro, sempre puro. So che le nostre vite rimarranno legate per sempre.

A mes tantes adorées, toutes différentes mais si uniques : Rachel, marraine et surtout modèle de toujours ; Sophie, pour ton inventivité inégalée et ta joie de vivre ; Véronique, un exemple de courage et de bonté d'âme ; Agnès, parce que grâce à toi je range un peu mes affaires !!
A William, « tonton », parrain : malgré le temps qui passe, tu feras toujours partie de ma famille.
A mes 26 cousins et cousines, aux joies de l'enfance à vos côtés, à la richesse de vos différences, au plaisir toujours conservé de vous retrouver.

A Alicia, mon modèle d'hier et d'aujourd'hui : à nos rires, à tes conseils, à notre superbe périple en Inde, et à tous ces moments de vie partagés. Nul doute que tu resteras un fil conducteur tout au long de mon existence. A Zoé, ma « zouzou » d'amour, une merveilleuse femme en devenir.

A Margaux, mon amie de cœur, ma sœur d'âme. Les mots sont bien dérisoires face à cette immensité. Parce que sans toi je ne serais pas là, parce que sans toi je ne serais pas moi.

A Clémence, à cette amitié instantanée entre nous, à notre avancée tonitruante dans la vie, pas à pas, ville après ville, bonheur après bonheur, tristesse après tristesse… mais toujours main dans la main.
Je ne sais pas où je vais, mais je sais qu'on y va ensemble (et gaiement !).

A mes amis d'enfance : A Lucie, parce que malgré nos différences, le lien qui nous unit résiste et résistera toujours au temps qui passe.
A Sara, aux 1001 coups ensemble, à notre manière (parfois houleuse) de tenter de cheminer dans le monde des adultes… Je crois qu'on y arrive maintenant, non ? C'est un peu grâce à toi, je crois.
A Sandra, à notre découverte de ce curieux monde, aux sensations de liberté absolue jamais égalées, au libre court à la spontanéité et à la folie de nos êtres.

A mes amis de la fac : A Cléclé, pour ta gentillesse et ta droiture. A nos heures de révisions acharnées à la BU, mais surtout aux soirées, et aux découvertes en tout genre à tes côtés.
A Jules et nos doux souvenirs, à la place toute particulière que tu gardes.
A Jonhattan, pour nos échanges toujours constructifs, pour ta finesse et ta pertinence, mais aussi pour ton caractère de chien (j'allais pas non plus faire ton éloge ! ;).
A toute la bande de loustiques dijonnaise.
A Anaïs, ma copine d'ici et d'ailleurs. Aux jolis projets à venir.

Aux nouveaux copains de Grenoble et Chambéry, aux découvertes montagnardes à vos côtés. A la coloc' chambérienne et aux moments de vie simple partagés ensemble.
A Isabelle (Président !), exemple de spontanéité, de bonté, de douceur… Pour m'avoir repêchée à l'internat, pour m'avoir accueillie et supportée, pour nos rires, nos randos, nos vadrouilles, nos déboires (ha ha), et surtout : pour tous ceux à venir !!

A Cécile, mon amie avant tout, ma cothésarde (quel joli mot, il t'est spécialement dédié). Quelle fierté ! Notre émulation a permis, il me semble, de faire émerger une pensée qui va bien au-delà de la pensée de chacune. Ta vision de la vie, tellement humaine, tellement pure, fait ressortir le meilleur de chacune des personnes qui a la chance de côtoyer tes pas.

A tous ceux que j'oublie mais qui ont cheminé -quelques heures, quelques jours, quelques vies- à mes côtés, et qui font ce que je suis aujourd'hui.

« Si tu fais quelque chose pour moi, mais que tu le fais sans moi, alors tu le fais contre moi »

Mohandas Karamchand (dit Mahatma) Gandhi

Table des matières

Liste du corps enseignant : Université Grenoble Alpes UGA 2

Remerciements 6

I Introduction 14

II Matériel et Méthode 18

A) Approche méthodologique 18

B) Informations données 19

C) Constitution de l'échantillon (inclusion et recrutement) 20

D) Déroulement de l'étude et recueil des données 21

E) Analyse des données 22

1) L'analyse des données personnelles des participants 22

2) L'analyse du contenu : codage et analyse thématique 22

III Résultats 24

A) Caractéristiques de la population et des entretiens 24

1) Caractéristiques démographiques 24

2) Situation professionnelle 24

3) Déroulement des entretiens 25

4) Tableau de synthèse 26

B) Analyse 27

1) Le concept de bientraitance 27

2) Les soignants 31

3) Les patients 35

4) La relation soignant-soigné 36

5) Contexte global et bientraitance 39

IV Discussion 43

A) Résultats Principaux 43
B) Forces et faiblesses de l'étude 45
1) Forces de l'étude 45
2) Faiblesses de l'étude 46
C) Validité externe, comparaison avec la littérature 49
V Conclusion 54
Bibliographie 56
Liste des abréviations 60
Annexes 61
Annexe n°1 : Guide d'entretien, première version 61
Annexe n°1 bis : Guide d'entretien, deuxième version 62
Annexe n°1 ter : Guide d'entretien, troisième version 63
Annexe n°2 : Critères COREQ: Consolidated criteria for reporting qualitative research 64
Annexe n°3 : Formulaire de consentement 66
Annexe n°4 : Arborescence thématique 68
Annexe n°5 : Livret de codes 73
Annexe n°6 : Scripts des entretiens 122
Serment d'Hippocrate 218
Résumé 219
Abstract 220

I Introduction

La bientraitance, notion récente, de plus en plus utilisée dans le champ médico-social, résonne souvent en écho de la maltraitance, sans qu'elle semble pourtant se limiter à son absence. A l'heure du bouleversement des institutions, de la normalisation de nos sociétés et de l'ultra-technicité scientifique, ne serait-ce pas ce « plus », ce « supplément d'âme » [1] que l'on pourrait placer au cœur de l'éthique médicale ? Et au-delà, la bientraitance ne serait-elle pas déjà le soin ?
La question qui peut se poser est celle du ressenti des médecins, acteurs au cœur du soin, vis-à-vis de ce concept, ainsi que son assimilation dans leur pratique quotidienne.

La réflexion inaugurale, lorsque l'on évoque la bientraitance, commence par son contraire, la maltraitance, définie comme « 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 » (Conseil de l'Europe, 1987).
Bien sûr, cette illusion de symétrie [2], qui présuppose la connaissance de la maltraitance pour accéder au concept de bientraitance, comme le dirait Hegel : « des opposés qui dans leur concept même contiennent l'autre », est nécessaire, mais est-elle suffisante ? La bientraitance se limite-t-elle à la « non-maltraitance » ?

La bientraitance est définie par le dictionnaire Larousse comme « l'ensemble des soins, des actes et des comportements exercés par l'entourage familial ou professionnel d'une personne et qui procurent un bien-être physique et psychique au bénéficiaire ».

Ce concept s'intègre dans le trépied de l'éthique médicale, qui regroupe également, selon Schmitt [3], la bienfaisance, « recherche d'un équilibre bénéfice-risque entre l'obligation de l'exigence hippocratique « *Primum non nocere* » et la recherche de ce qui est utile au patient », et la bienveillance, « attitude traduisant une intention positive à l'égard d'autrui ».

Dans la littérature anglophone, le terme « *care* » (dérivant de « *to take care of* », s'occuper de, prendre soin) est utilisé, en contraste du « *cure* » (soins curatifs avec objectif de guérison), et il correspond au versant relationnel du soin.

Le terme de bientraitance est né dans le champ de la petite enfance dans les années 1990, lors de « l'opération pouponnières », qui visait à dénoncer la maltraitance mais également à démontrer la nouvelle volonté de penser le soin de manière individuelle pour chacun des enfants accueillis [4].

Cette notion s'est rapidement élargie à tous les champs du domaine médico-social, et a été théorisée et intégrée dans le champ de réflexion éthique de philosophes, de sociologues, d'éthiciens. Impossible ici de décrire toutes les approches de ce concept, tant il est complexe et toujours en mouvement, comme le décrit Sellenet : « La bientraitance est une notion fragile et subjective, ce qui signifie que les conceptions de la bientraitance varient dans l'espace mais aussi dans le temps, que la bientraitance est multiple, qu'elle ne peut être une prescription dictée aux personnes ni un ensemble de recettes » [5].

Le philosophe Paul Ricoeur a beaucoup apporté au champ de l'éthique, notamment médicale, qu'il a définie comme la « visée de la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes » [6]. Il a introduit le concept de sollicitude, geste éthique à l'égard d'autrui, qui semble s'accorder avec la bientraitance.

La bientraitance semblait impliquer indéniablement le champ de l'adaptation à l'autre [7], l'ajustement constant dans l'acceptation de l'autre dans sa singularité, ceci dans un contexte toujours particulier, une posture qui permettrait, comme le dit Kant, de « reconnaître l'humanité dans la personne d'autrui comme en moi-même »
Elle semblait référer à une quête de sens, individuelle et volontaire, un nécessaire combat pour une approche plus humaine, plus éthique du soin, elle représenterait « sans doute bien moins une finalité allégorique qu'une démarche volontaire, voire obstinée – un projet éthique » [8].

Depuis une dizaine d'années, les instances gouvernementales se sont emparées du concept, en réponse au départ à la prise de conscience de certaines pratiques

maltraitantes, ainsi qu'à l'évolution de la place des patients – usagers – et de leurs choix, dans la continuité des grandes réformes législatives [9] [10] [11] [12]. Ces modifications se sont déroulées également dans un contexte d'augmentation de la taille des structures et de l'essor de la démarche qualité [13].
Pour cela, la « maltraitance ordinaire » puis la bientraitance ont été évaluées dans différents rapports [14][15][16], puis l'HAS (Haute autorité de santé) et l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) ont élaboré des recommandations de bonnes pratiques [17][18], instaurant la bientraitance en critère qualité de la certification des établissements [19] et proposant un guide de déploiement de celle-ci, avec outils d'évaluation [17].
La HAS a également soumis une définition de la bientraitance : « démarche globale dans la prise en charge du patient et dans l'accueil de son entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés des patients, son écoute et la prise en compte de ses attentes, tout en prévenant la maltraitance. Elle repose sur un questionnement tant collectif qu'individuel de la part des acteurs, une responsabilité partagée entre les professionnels et l'institution et une participation des usagers ».

Sur le plan légal, suite au rapport ministériel sur la bientraitance [3], un texte de loi est édité en 2014, avec comme objectif principal la lutte contre la maltraitance, mais intégrant pour la première fois la notion de bientraitance [20].

De nombreuses études de terrain ont été réalisées sur l'éthique médicale, sur la relation médecin-malade, sur le « care », mais peu sur la bientraitance.
Plusieurs travaux ont questionné les paramédicaux ou les patients [16] [21] et parfois même de manière conjointe [22] sur leurs connaissances ou leur ressenti sur la bientraitance.
Cependant, au sein du corps médical, les outils d'évaluation de la bientraitance étaient peu utilisés [23]. Le thème semblait pourtant intéresser les médecins, puisque deux thèses de médecine générale récentes portaient sur le sujet. L'une interrogeait les médecins généralistes libéraux exerçant en EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) sur leur représentation de la bientraitance [24], l'autre visait les médecins généralistes lors des visites à domicile [25].

La volonté de notre étude n'était pas de chercher à redéfinir à travers le prisme du médecin le concept complexe de la bientraitance, mais d'explorer sa représentation globale, la place qu'elle pouvait prendre au quotidien chez ces soignants particuliers que sont les médecins, acteurs en première ligne dans la relation avec le patient.
Peu d'études ont recueilli leurs propos sur ce thème, et jamais en associant médecins généralistes, spécialistes, internes, exerçant en libéral ou en milieu hospitalier.
De plus, une dissonance semblait exister entre l'appropriation de la notion par l'institution et la réalité pratique observée au sein des structures de soin. Aussi, il semblait pertinent de sonder l'articulation de cette notion avec l'institution.
C'est pourquoi cette étude visait les médecins, le questionnement qu'ils pouvaient avoir sur la bientraitance et ce qui l'entourait, et les facteurs qui l'influençaient.

L'hypothèse principale était que la bientraitance était à la fois une préoccupation et une valeur pour les médecins, ainsi qu'une posture et une remise en question permanente adaptée à chaque situation, s'intégrant dans le champ de la réflexion éthique.
L'objectif principal de l'étude était de recueillir et d'analyser les représentations et la réalité pratique des médecins au sujet de la bientraitance.
Les objectifs secondaires consistaient à explorer les modalités d'appropriations du concept, les difficultés dans sa mise en place et les pistes exploratoires envisagées, ainsi que l'articulation de la bientraitance avec l'institution.

II Matériel et Méthode

A) Approche méthodologique

Une approche qualitative a été choisie pour explorer l'hypothèse de départ.
Les principes de la recherche qualitative reposent sur le recueil et l'analyse subjective de ressentis, de récits personnels, sans rechercher la généralisation des résultats obtenus.
En ce sens, cette méthode semblait adaptée dans le cadre de ce travail de recherche, compte tenu de la dimension exploratoire. Ainsi, une analyse qualitative inspirée de la phénoménologie avec une approche inductive a été effectuée.

Conformément aux exigences de la méthode, ce travail de recherche a été réalisé en binôme, avec triangulation des chercheurs.
Aucune des deux investigatrices n'avait d'expérience dans la recherche qualitative. Elles se sont entourées de personnes plus expérimentées pour réaliser ce travail.

Souhaitant laisser une liberté de parole aux participants, mais recherchant un échange et un partage des vécus, les entretiens collectifs semi-dirigés sont donc apparus comme les plus adaptés.

Après obtention de la saturation des données lors des entretiens collectifs, des entretiens individuels pouvaient ensuite être réalisés, permettant une triangulation des méthodes.

Les données de la littérature et l'hypothèse principale ont permis de réaliser un guide d'entretien évolutif pour cette enquête, comportant volontairement un nombre réduit de questions ouvertes (annexes n°1, 1bis, 1ter). Le guide a été testé préalablement sur un groupe de trois médecins afin de le perfectionner.

La grille internationale COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) a été suivie pour l'écriture de ce travail afin de respecter les critères de validité de l'analyse qualitative (annexe n°2).

Le financement de cette étude a été personnel, il concernait les frais de déplacement dans les lieux de rencontres (salle de la faculté ou de l'hôpital ou au cabinet des médecins interrogés), et l'achat du matériel d'enregistrement.

Ni les investigatrices, ni le directeur de thèse n'avaient de conflit d'intérêt à déclarer, en lien avec le sujet de l'étude.

B) Informations données

Avant la participation aux entretiens, un formulaire de consentement a été envoyé aux participants pour les informer de l'objectif et des modalités de la recherche, de l'anonymat des données et de la confidentialité des entretiens, les informant qu'ils pouvaient choisir à n'importe quel moment, avant ou même après l'entretien, de se retirer de l'étude, et que dans ce cas, leurs données ne seraient pas utilisées pour la rédaction de ce travail (annexe n° 3).
Avant de commencer les entretiens, les deux investigatrices présentaient oralement la finalité de l'étude ainsi que le déroulé de l'entretien, informant à nouveau sur l'utilisation des données recueillies (annexes n°1, 1bis, 1ter).
Les participants étaient informés de l'enregistrement par dictaphone des entretiens.

L'étude a fait l'objet d'une instruction par le Correspondant informatique et libertés de l'Université Grenoble Alpes qui a validé la conformité de sa mise en œuvre.
Conformément aux dispositions de la CNIL (Comité national de l'informatique et des libertés), les coordonnées des interviewers ont été laissées à disposition des médecins interrogés pour modification ou suppression des données recueillies si demande de leur part.
Dans ce cadre, le recours au Comité de Protection de Personnes n'était pas nécessaire.

C) Constitution de l'échantillon (inclusion et recrutement)

L'étude s'est déroulée au sein des agglomérations grenobloise et chambérienne. La zone géographique a été déterminée par des raisons pratiques, de faisabilité par rapport aux domiciles respectifs des investigatrices, ainsi que par la connaissance des différentes structures (CH (Centre hospitalier) de Chambéry et CHU (Centre hospitalo-universitaire) de Grenoble) dans lesquelles les entretiens pouvaient être réalisés.

Les critères d'inclusion de la population étaient les suivants :
- être interne de spécialité médicale (médecine générale ou autre spécialité médicale) ou chirurgicale de la faculté de Grenoble au moment du recrutement
- ou être médecin généraliste exerçant en libéral dans la région grenobloise ou chambérienne au moment du recrutement
- ou être médecin clinicien sénior, de spécialité médicale (médecine générale ou autre spécialité médicale) ou chirurgicale travaillant au CHU de Grenoble ou au CH de Chambéry au moment du recrutement
- et accepter un entretien enregistré, sa retranscription et l'utilisation des réponses pour analyse

Les critères d'exclusion étaient les professions paramédicales (infirmières, aides-soignantes, psychologues, kinésithérapeutes…), les médecins non cliniciens, les internes et médecins n'exerçant pas dans la zone géographique de Chambéry ou Grenoble.

En accord avec les principes de la recherche qualitative, l'objectif n'était pas d'obtenir une représentativité de la population étudiée, mais au contraire d'étudier le panel le plus large d'individus pour permettre une variation de points de vue la plus importante et l'émergence de concepts nouveaux, jusqu'à saturation des données.
Pour cela, les médecins et internes interrogés ont été choisis pour constituer un échantillon le plus diversifié possible, sur les critères suivants : l'âge, le genre, le niveau de formation (interne ou médecin sénior), la spécialité médicale ou chirurgicale, le type d'exercice (en groupe ou individuel), l'exercice salarié ou libéral, le lieu géographique de l'installation (rural, semi-rural, et urbain), l'ancienneté d'installation.

Le recrutement a été effectué de plusieurs manières :
- contact par sollicitation directe (demande de vive voix ou mail) des internes et praticiens que les investigatrices avaient pu rencontrer au sein du CH de Chambéry ou du CHU de Grenoble, ou lors des stages chez le praticien ou lors de groupe d'acquisition de compétences entre internes ou de groupes de pairs (en utilisant la méthodologie par empathie, provenant du champ social et anthropologique, qui justifie la présence d'un lien entre l'investigateur et les sujets étudiés permettant l'expression et l'accès à des connaissances, des expériences, et à la subjectivité d'autrui [26] [27])
- contact par mail de médecins du CH de Chambéry ou du CHU de Grenoble, en recherchant une diversité de spécialités et de types d'exercice
- contact des internes de spécialités chirurgicales et d'anesthésie-réanimation par l'envoi d'un mail commun sur la liste des mails de l'Association des Internes en Médecine de Grenoble

Les médecins ont été inclus de novembre 2017 à avril 2018.
Il n'y a pas eu de refus de participation, mais certaines des sollicitations sont restées sans réponse.
Les dates d'entretien ont été fixées en fonction des disponibilités des investigatrices puis proposées aux médecins interrogés.

D) Déroulement de l'étude et recueil des données

Sept entretiens collectifs semi dirigés et un entretien individuel ont été réalisés.
Tous les entretiens ont été menés par les deux investigatrices : l'une animant l'entretien en se référant au guide d'entretien (annexes n°1, 1bis, 1ter), l'autre s'occupant de la logistique, observant et notant le déroulement de l'entretien, notamment les transmissions non-verbales (attitudes, regards, intonations) en suivant une démarche d'immersion et d'empathie [27].

Le guide d'entretien, un support comprenant des questions ouvertes, permettait d'éviter une orientation restrictive des réponses, en laissant au maximum la parole aux participants. Le guide d'entretien a été modifié à deux reprises après réalisation des premiers entretiens, pour mieux cibler l'objectif et faciliter le dialogue (annexes n°1bis et 1ter).

Ces entretiens ont été menés dans des locaux mis à disposition par la faculté de Grenoble ou le CH de Chambéry, ou directement dans le cabinet d'exercice de médecine générale des interviewés pour l'un d'eux.

E) Analyse des données

Les enregistrements ont été sauvegardés sur dictaphone, puis retranscrits au fur et à mesure par l'investigatrice n'ayant pas mené l'entretien, à tour de rôle. Tous ont été conservés dans des fichiers avec accès par mot de passe, sur les ordinateurs personnels des investigatrices.
La retranscription a été réalisée au moyen du logiciel Microsoft Word, littéralement, sans reformulation, en respectant le langage familier, avec ajout en commentaire du ton employé (rires, silences) lorsque cela semblait pertinent de le rapporter.

Les médecins interrogés ont été identifiés par une lettre correspondant au numéro de leur entretien, puis un chiffre selon l'ordre de la première prise de parole. Le premier médecin du premier entretien est désigné par A1, le deuxième A2, etc.
Pour retranscrire la conversation, l'investigatrice a été identifiée par « intervenant » dans les verbatims.

1) L'analyse des données personnelles des participants

Les caractéristiques socio-professionnelles des médecins interrogés ont été recueillies dans un tableau pour définir l'échantillon analysé (Figures 1, 2 et 3), puis anonymisées.

2) L'analyse du contenu : codage et analyse thématique

L'analyse du contenu s'est déroulée en trois étapes :
- un codage ouvert de chaque entretien, réalisé par chaque investigatrice de manière indépendante, par lecture de l'ensemble du verbatim, pour faire émerger toutes les

idées présentes dans les enregistrements, et permettant de définir des unités de signification,
- un codage commun de chaque entretien, avec croisement des données et mise en commun des unités de signification trouvées par chacune des investigatrices, avec modification, simplification ou réarrangement des unités de signification, permettant de retenir un codage unique pour chaque entretien,
- un codage axial thématique en binôme, en regroupant les unités de signification par thèmes, recherchant une cohérence thématique inter-entretien, et structurant les résultats obtenus (annexe n°5).

L'analyse a été faite selon une approche par théorisation ancrée avec analyse du discours, du contenu et du contexte, qui a conduit à la réalisation d'un arbre thématique (annexe n°4). Ce dernier permettait une représentation des articulations et des interactions entre les axes thématiques, outil descriptif utile à la compréhension de l'analyse.
Les résultats ont donc été obtenus après un travail d'ajustement progressif entre les hypothèses initiales et la réalité des données recueillies sur le terrain, dans une perspective inductivo-déductive issue des hypothèses de recherche, de la bibliographie et des éléments recueillis lors des entretiens.

Les entretiens collectifs ont été menés jusqu'à saturation des données, discutée par les chercheuses, et définie par l'absence d'apparition de nouvelles idées lors des entretiens, puis confirmée par deux entretiens collectifs et un entretien individuel supplémentaires.

III Résultats

A) Caractéristiques de la population et des entretiens

Entre novembre 2017 et avril 2018 ont été réalisés sept entretiens collectifs, comprenant deux à cinq participants, et un entretien individuel. Au total, vingt-deux médecins et internes ont été interrogés.

1) Caractéristiques démographiques

La médiane d'âge de la population d'étude était de 30.5 ans, s'étendant de 26 à 60 ans. Neuf hommes et treize femmes ont été interrogés.

2) Situation professionnelle

Vingt-deux médecins et internes ont été interrogés, la répartition est illustrée par la Figure 1.

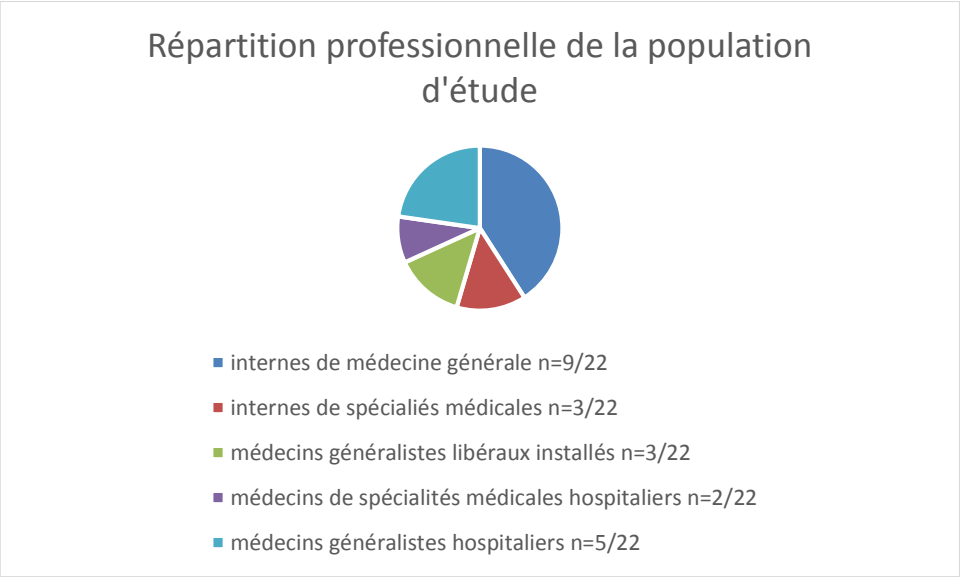


Figure 1

A noter que parmi les médecins généralistes hospitaliers interrogés, étaient compris deux médecins urgentistes, deux médecins du service d'hospitalisation à domicile, et un médecin travaillant en service de gériatrie. Les médecins spécialistes hospitaliers

étaient un médecin interniste et un pédiatre. Parmi les internes de spécialité médicale ont été interrogés un interne de médecine interne, un interne de psychiatrie, et un interne de neurologie. Au sein des internes de médecine générale, l'un réalisait un DESC (Diplôme d'études spécialisées complémentaires) de Gériatrie et l'autre un DESC de Médecine Palliative.

Au total, dix-sept participants sur vingt-deux étaient des médecins généralistes (libéraux ou hospitaliers) ou des internes de DES (Diplôme d'études spécialisées) de Médecine Générale.

3) Déroulement des entretiens

Le premier entretien collectif a regroupé deux internes de médecine générale et un médecin urgentiste. Les entretiens collectifs ont ensuite été réalisés au maximum avec des critères d'homogénéité, c'est-à-dire entretiens collectifs entre internes, entre médecins hospitaliers, entre médecins généralistes libéraux installés, en n'interrogeant pas les participants pouvant entretenir une relation hiérarchique dans les mêmes entretiens collectifs. La médiane était de trois participants par entretien collectif.

La durée des entretiens a varié entre 33 minutes et 124 minutes, avec une médiane de 93 minutes (Figure 2).

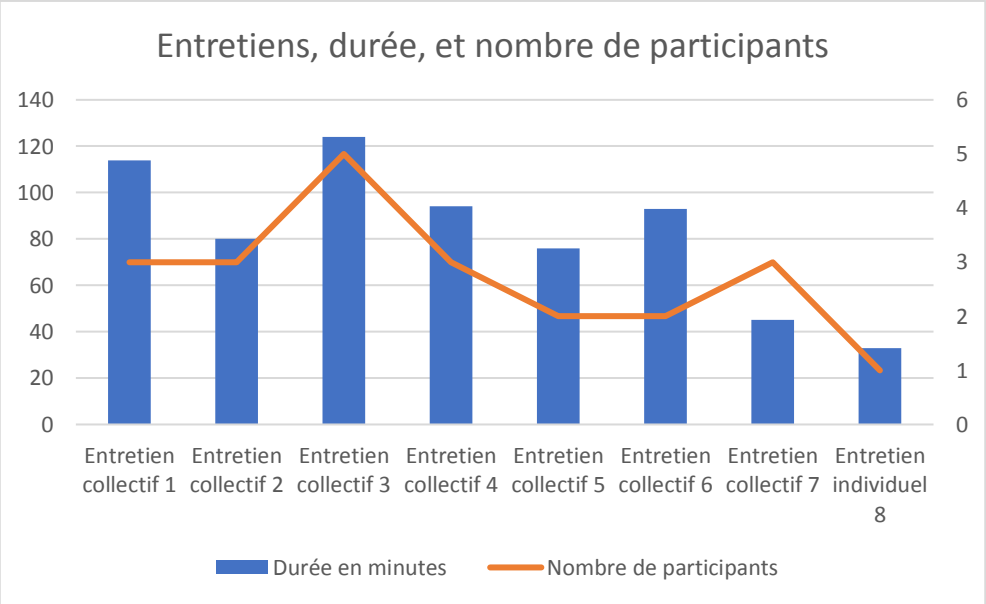


Figure 2

4) Tableau de synthèse

Un tableau de synthèse de la population d'étude et de la répartition de cette population au sein de chaque entretien a été réalisé (Figure 3).

Type d'entretien	**Nombre de participants**	**Type de pratique**	**Sexe des participants**	**Ages des participants**	**Durée d'entretien**	**Lieu d'entretien**
Entretien collectif 1	3	Médecin généraliste hospitalier et internes	2 femmes, 1 homme	28,29 et 33 ans	114 minutes	Salle CH Chambéry
Entretien collectif 2	3	Internes	1 femme, 2 hommes	28, 29 et 30 ans	80 minutes	Salle Université Grenoble
Entretien collectif 3	5	Internes	4 femmes, 1 homme	26, 29, 29, 30 et 30 ans	124 minutes	Salle Université Grenoble
Entretien collectif 4	3	Médecins généralistes hospitaliers	3 femmes	30, 32 et 33 ans	94 minutes	Salle CH Chambéry
Entretien collectif 5	2	Médecins généralistes hospitaliers	1 femme, 1 homme	37 et 44 ans	76 minutes	Salle CH Chambéry
Entretien collectif 6	2	Médecins hospitaliers spécialités médicales	1 femme, 1 homme	34 et 37 ans	93 minutes	Salle Université Grenoble
Entretien collectif 7	3	Médecins généralistes libéraux	1 femme, 2 hommes	37, 57 et 60 ans	45 minutes	Cabinet de Médecine Générale
Entretien individuel 8	1	Interne	1 homme	31 ans	33 minutes	Local public

Figure 3

B) Analyse

Selon les médecins interrogés, la notion de bientraitance s'articulait autour d'un concept, complexe, comprenant différentes variables qu'étaient le patient, le soignant, la relation soignant-soigné et le contexte global.

1) Le concept de bientraitance

a) Les prérequis de la bientraitance

Dans la notion de bientraitance, il existait des prérequis, qui étaient composés de la non maltraitance et de la performance médicale, en l'absence desquelles il était difficile d'évoquer le concept.

E5 4 p1 « moi ça me fait penser à non maltraitance, ne pas nuire d'abord… »

E1 29-30 p5 « après on est dans un métier où il y a quand même du soin, où il y a des actes techniques à faire, et il faut que ces actes techniques soient faits aussi dans le bon cadre »

b) Une valeur

La bientraitance était une valeur morale commune, décrite comme étant à la fois un objectif et le cœur du soin. Ce concept était omniprésent, et évoquait un idéal, placé au centre des préoccupations. Il nécessitait une prise en charge globale, une contextualisation du patient, et se définissait comme une entité plurielle, qui ne se limitait pas au soin.

E2 3-7 p5 « elle [la bientraitance] est omniprésente de par notre fonction de médecin et on ne peut pas être médecin sans adhérer à ce genre de concept mais pour autant, je n'ai jamais mis de nom dessus et j'essaie de l'appliquer au jour le jour. […] J'exprime juste ma personne en tant que médecin, je fais ce qu'il me semble bon en tant que personne, humainement, et c'est comme ça que j'espère être bientraitant… »

E6 43-44 p12 « il y a des choses qui tombent sous le sens, et qui font partie du cortège de valeurs, et je pense que la bientraitance fait partie des valeurs universelles ! »

E1 24-25 p12 « c'est drôle comme y'a plein de trucs auxquels on pense pas forcément, qui font partie effectivement de la bientraitance, et c'est plein de petits détails au final, qui s'accumulent, la bientraitance… »

c) Une temporalité adaptée au concept

La bientraitance nécessitait de manière fondamentale, selon les médecins, une temporalité adaptée à la relation.

E7 8 p2 « la bientraitance, c'est prendre le temps de faire les choses »

E4 35 p3 « je pense qu'il faut prendre du temps pour être bienveillant, c'est obligatoire d'avoir... du temps. »

d) Les limites du concept

Ce concept comportait de nombreuses limites, dans sa représentation et dans son application pratique.
La bientraitance était tout d'abord associée à un idéal, un impossible objectif.

E5 6-7 p1 « ça me fait surtout penser à un objectif qu'on aimerait atteindre, mais qui est toujours difficile avec les contraintes, de temps de pathologie d'environnement, de flux, de tout ça… »

La bientraitance présentait plusieurs points de tension sur le plan sémantique. En effet, elle était une notion plutôt vécue, de l'ordre de l'application intuitive, spontanée plutôt que conceptualisée.

E2 57 p4 – 1 p5 « enfin, le nom « Bientraitance » au-dessus de tout ce que je fais, elle est inexistante parce que je ne pense pas à ça quand je fais ma pratique de tous les jours, mais je sais qu'elle est omniprésente »

E7 16-17 p5 « c'est pas intellectualisé ! C'est la première fois qu'on en parle, aujourd'hui ! Alors qu'on la pratique au quotidien ! »

De plus, cette notion appartenant au champ personnel et contextuel n'apparaissait donc ni évaluable, ni reproductible, et par conséquent difficile à définir.

E2 43-44 p11 « c'est des concepts assez vagues et chaque situation, chaque soignant va être bientraitant à sa manière, au moment T comme il le peut. Mais c'est… Il n'y a pas une bientraitance, il y a nos bientraitances, et du coup on ne peut pas la juger, on ne peut pas l'évaluer »

Dans une lignée identique de difficultés sémantiques, il existait une confusion entre bientraitance et bienveillance, qui se plaçait dans la difficulté d'abstraction, de conceptualisation de la notion.

E3 44 p14 « mais être bientraitant, ce n'est pas être bienveillant ? »

E6 6-8 p5 « en tout cas je pense qu'il y a une différence au moins sémantique entre bientraitance et bienveillance… Peut-être que la bienveillance c'est déjà se mettre dans les conditions de bientraiter… Et bientraiter c'est l'action… »

Enfin, la construction même du mot bientraitance, dans sa dichotomie sémantique avec la maltraitance posait question, et augmentait la difficulté d'expression vis-à-vis de la notion.

E6 2-7 p5 « c'est pas blanc et noir quoi ! C'est … Le contraire de bientraitance c'est pas maltraitance quoi ! […] dès qu'on dit qu'on est pas bientraitant, on a l'impression de maltraiter les gens et je pense qu'on est quand même pas dans ce domaine-là, et qu'il ne faudrait pas opposer les deux mots… Il y a quand même tout un continuum et tout ça, et le but c'est de tendre à une bientraitance totale et tout ça, mais que, oui, on fait tout, on se donne les moyens et tout ça… »

E1 48-49 p12 « parce que tu te dis…, à l'inverse…, bah si t'es pas bientraitant…, est-ce que t'es malveillant, du coup ? Est-ce que tu es maltraitant… ? »

Les limites de ce concept de bientraitance comportaient également les amalgames qui l'entouraient, et qui modifiaient son champ d'application et sa valeur globale.
Il existait en effet un amalgame entre bientraitance et performance médicale, avec une dissociation des deux termes, accessible intellectuellement mais de réalisation difficile dans le champ de l'émotion.

E3 33-35 p5 « je pense qu'il y a une notion de résultat médical dans la bientraitance… Est-ce que ça devrait ? Parce que nous on est un peu dans ce registre là… Je sais bien qu'en tant que médecin, le but c'est de soigner la personne mais est-ce que c'est le plus important en fait dans notre prise en charge ? »

Il existait aussi un amalgame entre la bientraitance et la satisfaction des patients. Le lien entre bientraitance et satisfaction des patients se présentait de manière évolutive, au sein d'un même entretien, avec une recherche initiale de la satisfaction des patients, de leur approbation, et même d'une certaine forme de séduction.

E3 3 p8 « en fait tu fais le truc et ce que tu vas chercher parfois c'est un peu le merci… Et en fait parfois, tu aimes bien aussi te faire brosser dans le sens du poil… »

Cette recherche initiale de la satisfaction était secondairement remise en question dans son rapport direct avec la bientraitance, et notamment dans sa capacité à biaiser la relation médicale.

E2 6-8 p4 « enfin je ne sais pas si la bientraitance implique le bonheur du patient non plus quoi...Il faut qu'il soit d'accord avec ce qu'on lui fasse, et qu'on lui fasse bien après je ne sais pas si cela veut forcément dire qu'il soit content ... »

L'amalgame entre maladie et non-bientraitance était aussi vecteur de complexité dans la réflexion.

E2 21-22 p11 « on ne respecte plus forcément leur liberté mais ça fait partie de la maladie déjà d'être privé de certaines libertés, de certains besoins… Et quoi qu'on fasse, qu'on les soigne ou qu'on ne les soigne pas, ils seront maltraités »

e) Une définition plurielle

La bientraitance était définie comme un concept relatif, pouvant amener à une dissociation entre les ressentis des différents acteurs, et donc d'évaluation difficile.

E2 46-48 p11 « non, qui peut se permettre de juger ça [la bientraitance] ? Personne ! Je pense que, à part le patient, personne… Et encore que comme on l'a vu, on peut faire une bonne prise en charge en étant bientraitant sans pour autant qu'il soit content, donc lui non plus, il ne peut pas forcément toujours bien juger quoi… »

E3 16-17 p15 « c'est toujours là où est la question en fait, où est la satisfaction pour nous, où est la satisfaction pour lui, et laquelle est la plus importante ? Et je ne pense pas qu'il y en ait une qui soit plus importante que l'autre… »

f) *Le paradoxe d'échelle au sein de la bientraitance*

La bientraitance, inscrite dans la pratique médicale, se retrouvait confrontée à la nécessité d'allier le court et le long terme, ainsi que la santé individuelle et publique.

> *E3 8-10 p17 « mais l'objectif global c'est toujours d'être bientraitant, mais par moment on ne peut pas, et il ne faut pas perdre de vue l'objectif final… Et si l'objectif final c'est la bientraitance du patient à l'instant T, et bien tant pis pour la bientraitance quoi ! »*

> *E2 58-60 p7 « et c'est comme d'habitude, pour le bien être des équipes et des autres patients, et bien on le met à part quoi…On est maltraitants pour être bientraitants pour les autres quoi… »*

g) *Risque de la modélisation en critère qualité*

Le risque conceptuel concernant la bientraitance était le glissement vers une standardisation, une normalisation.

> *E2 11-13 p11 « ce que ça entrainera c'est « il faut faire ça en plus, et puis comme ça ce sera bien » … Peut-être même qu'un jour ce sera coté pour que les hôpitaux aient de l'argent !!! Pour faire des trucs un peu génériques et pas forcément transposables à tout… »*

2) Les soignants

a) *Les caractéristiques du médecin nécessaires à la bientraitance du patient*

Les médecins décrivaient plusieurs qualités nécessaires aux soignants pour favoriser la bientraitance, notamment la présence et l'écoute auprès du patient ou de sa famille, ainsi que la projection.

> *E7 18-22 p1 « et c'est là que peut-être on a un point important : c'est que dans notre métier, est-ce que la bientraitance ne correspond pas à l'écoute que l'on peut avoir des gens, de leurs plaintes, de ce pour quoi ils viennent »*

> *E2 2-3 p5 « que j'essaie de me projeter de ce que j'aimerais bien bénéficier quand je serais un patient et je fais tout en sorte pour que ce soit le cas… »*

Les autres qualités nécessaires étaient l'expérience, la capacité de remise en question, l'esprit critique, ainsi que la capacité à poser ses propres limites.

E5 13-15 p2 « ça me fait donc penser à ces questionnements-là, de quelle thérapeutique, dans quelle situation, et de à quel moment on est dans le soin et à quel moment ce que l'on fait à une finalité bientraitante pour le patient, et à quel moment on est dans la curiosité scientifique »

E7 34-35 p5 « en tout cas, tu as raison, la notion de bientraitance, moi je pense que c'est une valeur ajoutée à ce que l'on fait, mais ça ne doit pas être ce qui te conduit à faire des choses que tu n'as pas envie de faire dans le cadre de la consultation »

Enfin, la caractéristique principale du médecin était celle de la posture dynamique, et de la démarche active dans cet objectif de bientraitance.

E7 36-37 p2 « [la bientraitance] c'est quand même un domaine dans lequel tu peux t'améliorer, si tu as la volonté de t'améliorer… Envie de t'améliorer et de te remettre en question »

E7 26 p2 « la maltraitance, ça peut tout de suite être fait involontairement, alors que pour faire de la bientraitance, il faut vraiment une volonté d'aller dans ce sens-là. »

b) Les limites de la bientraitance des soignants envers les patients

Les limites de la bientraitance des soignants envers les patients étaient tout d'abord dues à l'indisponibilité des soignants à la relation : indisponibilité due au stress, à la fatigue, à la pression intrinsèque, à des facteurs de vie personnelle, ou à une insatisfaction professionnelle.

E7 46 p5 « et puis tu peux avoir des soucis personnels, qui font que tu ne peux plus être dans cette bientraitance alors que c'est ton projet. […] On n'est pas infaillibles ! Pas du tout… »

E1 11-13 p10 « le fait d'être pas disponible soi-même quoi... tout ce qui..., tout ce qui interfère, le manque de, le manque de temps, la fatigue... la faim... tout le..., tout le stress quoi, qu'on te met sur les épaules... Toute cette pression quoi... ça joue vachement… »

Le manque de formation, notamment dans le secteur de la communication, et l'incertitude médicale étaient deux autres limites de la bientraitance.

E8 43-52 p2 « là je me suis senti complètement maltraitant parce que j'étais hors des clous […] pas carré dans ma prise en charge… »

Enfin, le sentiment d'être maltraité était considéré comme une limite à l'exercice de la bientraitance par les médecins.

E7 26-28 p5 « à des moments, la bientraitance s'arrête là où toi tu te sens maltraité. C'est-à-dire, je veux bien être bientraitant avec quelqu'un quand il rentre dans le cadre qu'on s'est fixé, de la consultation. Et s'il en sort, il n'y a que 2 possibilités : soit je deviens maltraitant, soit je me retire »

c) Perspectives envisagées pour améliorer la bientraitance des soignants envers les patients

Les perspectives envisagées pour améliorer la bientraitance des soignants envers les patients étaient de garder un questionnement sur la pratique, et ceci de plusieurs manières.

E6 23-25 p12 « être simple et naturel, et se rappeler pourquoi on a fait médecine, on veut soigner les gens, et donc se redire « mince, pourquoi j'ai fait ça, j'ai fait médecine pour soulager les gens, pour répondre à leurs questions et leurs attentes », donc se recentrer sur nous même, se poser. (silence) C'est pas des solutions miracles… »

Ce questionnement s'effectuait de différentes manières et passait par l'identification, la formation, l'acquisition d'expérience et l'acceptation du système de soins.

E2 68-69 p10 « on ne va pas pouvoir avoir double de personnel, double de temps, ça ce n'est pas possible, mais il faut qu'on essaye de jouer sur ce à quoi on a accès… »

E2 64-65 p8 « je pense que comme tu dis, c'est aussi peut-être d'en parler, de débriefer, d'être plus préparé à des trucs basiques, ce n'est pas toujours facile d'être … à enseigner là-dessus mais il y a peut-être des attitudes, des comportements, dans le langage et la communication… »

Une autre des perspectives envisagées pour favoriser la bientraitance des soignants envers les patients était la mise en valeur d'une certaine « bientraitance personnelle ». Celle-ci était constituée du « prendre soin de soi », de la prise de recul dans la recherche du juste positionnement, et de la valorisation.

E1 27-30 p11 « justement, qu'on prend conscience qu'on est pas bientraitants, et bah d'essayer de comprendre pourquoi, et… le… d'aller… contrer ça quoi. Si je suis pas bientraitant parce que je suis crevée, bah je prends une pause ; si je suis pas bientraitant parce que j'ai faim, je vais manger ; je vais me griller une clope ou je vais faire quoi que ce soit, mais je vais prendre soin de moi quoi… »

E5 24-25 p9 « de leur rappeler tout le temps « non, vous n'êtes pas maltraitants, vous faites au mieux avec les moyens que vous avez et c'est ça qui est important… Et ce qui est important, c'est que vous ayez conscience de votre désir de bientraiter et d'avancer avec la personne… »

Cette « bientraitance personnelle » passait aussi par un affranchissement global, une sortie de l'idéal, de la culpabilisation, une acceptation de sa propre imperfection.

E3 16-17 p11 « il y a aussi la représentation qu'on s'en fait [de la bientraitance], et comme on aimerait que idéalement ce soit fait … Et ce n'est pas parce qu'on n'arrive pas à faire cette prise en charge idéale qu'on est forcément maltraitant… »

E5 46-48 p7 « je ne suis peut-être pas non plus dans la bientraitance, mais si ma prise en charge est efficace, j'essaie de me déculpabiliser pour être moi-même dans la bientraitance envers moi-même, pour pouvoir continuer ce que je fais »

d) Importance pour les soignants de la sensation d'être bien traité

Une forte interdépendance était retrouvée entre le sentiment d'être bien traité ressenti par les soignants et leur bientraitance envers les patients.

E3 20-21 p1 « donc il y a la bientraitance des patients, enfin pour les soignés, mais il y a aussi la bientraitance pour les soignants, […] je pense que pour qu'un soignant soit bientraitant, il faut qu'il soit bien traité… et il faut aussi qu'il soit bien traité par la personne qu'il va soigner… »

Cette sensation d'être maltraité perçue par les médecins semblait relativement liée à leur statut de soignants, qui comprenait un profil spécifique (une hyper exigence et un hyper investissement dans le soin, ainsi qu'une idée de toute puissance), associé aux difficultés émotionnelles du métier.

E4 45-49 p4 « très investis dans ce qu'on fait, et c'est difficile de prendre soin de soi, c'est difficile de prendre du recul, c'est difficile de ne pas dire oui […] c'est difficile, mais au bout d'un moment, si tu

le fais pas bah..., ça explose et puis après, tu n'es plus bienveillant envers toi-même et du coup t'es agacé, t'es aigri, et je pense que c'est là où tu fais des erreurs aussi. »

Les conséquences de cette sensation d'être maltraité se traduisaient par une perte de sens, une culpabilisation intense, et une souffrance au travail prééminente.

E5 26-27 p6 « c'est du quotidien de gens qui sont tout à fait admirables dans leur profession, mais c'est du quotidien de gens qui sont épuisés, qui débordent, qui craquent… »

E2 24-25 p6 « enfin voilà quoi, c'est des problèmes logistiques inhérents au fait d'être à l'hôpital et oui, là on est hyper maltraitant mais on n'a probablement pas le choix quoi…et ça c'est douloureux quoi… »

3) Les patients

Pour les médecins, la bientraitance des patients est initialement liée à la satisfaction de ceux-ci, mais cette association est secondairement critiquée au cours de chaque entretien (voir partie 1, concept et amalgame).

E8 1-2 p2 « elle a été très chaleureuse, elle nous a remercié de notre prise en charge, et c'est vrai que ça, ça nous a fait sentir bientraitant »

Les patients détenaient des caractéristiques qui pouvaient moduler la bientraitance : des facteurs liés à la maladie, leur conférant une certaine vulnérabilité, ainsi que la complexité médicale de la prise en charge et la différence de temporalité entre médecins et patients.

E2 63-65 p5 « c'est hyper aliénant de venir pour quelque chose d'urgent, d'attendre et de pas avoir de réponse et de pas savoir ce qu'on va faire de toi, et de pas comprendre… tout le temps… et d'attendre, et d'attendre, et d'attendre !!! Et même si en face tu vois d'autres malades qui ont l'air plus grave que toi, tu penses à toi parce que tu te sens pas bien quoi… »

E2 47-49 p2 « moi j'ai le sentiment d'avoir fait bien mon travail, et d'avoir été bientraitant, mais et je trouve que c'est plus facile à atteindre ça dans des exercices de consultation courtes, ou aussi les patients qui viennent en consultation ont des trucs moins graves et moins compliqués que des gens que tu rencontres à l'hôpital »

Les facteurs liés à la personnalité des patients eux-mêmes, avec notamment leur exigence ou leur absence de reconnaissance avaient aussi un rôle modulateur de la bientraitance des soignants envers les patients.

E3 33-34 p11 « mais le patient très revendicateur qui toute façon vient et te dicte ce que tu dois lui faire, et bien après, tu as envie de faire juste de la prestation et puis point quoi… »

Les patients semblaient donc acteurs de la sensation d'être bien traité des soignants, en lien avec une certaine forme de reconnaissance.

E4 29-30 p6 « mais de temps en temps, d'avoir juste un « merci d'avoir pris le temps », juste ça, ça peut me sauver ma journée moi. Il en faut pas beaucoup hein, mais de temps en temps... »

4) La relation soignant-soigné

a) La relation, prérequis de la bientraitance

La relation, en termes d'interaction humaine, semblait être un élément indispensable de la bientraitance.

E1 21 p13 « c'est que l'humain est au centre de la bientraitance en fait »

Cette relation était déclinée sous forme de présence et d'écoute, de notion de confiance, d'adaptation au patient et surtout d'humanisation de l'autre, nécessaire à la construction de toute relation.

E7 28-29 p2 « et puis je pense qu'on peut arriver à une bientraitance que s'il y a une confiance réciproque. Parce que sans confiance, il ne peut y avoir que de la maltraitance »

E4 15-16 p1 « je pense qu'il y a beaucoup d'histoire de compréhension : pas parler dans son coin, avec son langage, ça je pense c'est hyper important dans cette histoire de bientraitance. S'adapter… »

b) Les enjeux de la bientraitance dans la relation soignant-soigné

Les enjeux de la bientraitance au sein de la relation soignant-soigné étaient la réalisation conjointe d'un accordage, permettant une construction commune.

E4 29-31 p8 « on peut pas être contents de ce qu'on fait, si le patient est pas d'accord avec la prise en charge… Enfin, forcément, forcément, les fois où on se sent bientraitants je pense que c'est qu'on a fait quelque chose en accord…, enfin en accord commun quoi. »

Si la construction commune semblait trop complexe, la réalisation de compromis pouvait être une alternative, permise par la relation, dans l'équilibre entre la réalité médicale et la volonté du patient.

E3 16-17 p18 « des fois, les attentes du patient, ce n'est pas exactement les attentes du médecin, et des fois la question c'est aussi comment faire correspondre les attentes du patient avec celles que tu as en tant que médecin… »

c) Les limites de la présence de la bientraitance au sein de la relation soignant-soigné

Des limites pratiques à la présence de bientraitance au sein de la relation apparaissaient, notamment lors de la mauvaise qualité relationnelle, de la non convergence de la volonté du patient et du médecin, ou de la présence d'un enjeu financier direct au sein de la relation.

E4 64 p11 – 2 p12 « et bien il y a des patients avec qui… bah on a envie d'être médecins, et d'autres avec qui on a moins envie... […] Il y a des patients qui nous rebutent, je pense malgré nous... Et, forcément […] on a moins envie de discuter avec des gens, je pense qu'on est forcément moins bientraitants… »

Le facteur humain en lui-même, c'est-à-dire l'imperfection humaine au sein de la relation était elle aussi posée comme une limite pratique.

E3 31-33 p6 « peut-être qu'on cherche aussi juste le truc qui fait qu'on n'ait pas l'impression d'être soigné juste par un ordinateur, un logiciel… Le fait que voilà, qu'il y ait un humain qui te soigne derrière et qu'il y ait une espèce de colloque singulier, oui tu ne peux pas l'avoir tout le temps… »

Une limite théorique décrite était celle d'une sorte d'injonction paradoxale normative portée par les médecins, qui modifiait la présence de la bientraitance au sein de la relation.

E6 8-10 p2 « je pense que pour être bientraitant, il faudrait avoir globalement le même comportement, le meilleur comportement vis-à-vis de chaque patient [...] On n'est pas prédisposé pareil, on n'a pas les mêmes armes, dès fois on ne sait pas répondre aux questions des patients, on ne sait pas utiliser leur propre langage, et là on peut être un peu malveillants si je puis dire, enfin pas dans la bientraitance parfaite, parce qu'on arrive pas à répondre aux questions et que ça nous énerve, et que c'est pas évident… »

d) La modification de la relation, comme opportunité d'amélioration de la bientraitance

Le travail sur la relation soignant-soigné était considéré par les médecins interrogés comme une perspective de progrès concernant la bientraitance. Ce travail sur la relation passait par une prise de recul sur les difficultés relationnelles et une remise en question de la relation, ainsi qu'une amélioration de la communication.

E1 2-6 p3 « quand on les emmène en communication thérapeutique […], ça mène à dire j'ai été bientraitant en fait pour mon patient, je l'ai… je lui ai pas fait mal, j'ai pu enlever son appréhension…, j'ai pu l'emmener dans un climat où il avait un peu plus confiance, et où il était mieux, plus serein »

E3 3 p14 « je pense qu'il faut améliorer la communication, qu'on synchronise notre patient avec nous pour la bientraitance… »

De même, la réalisation de compromis et de « recadrage », au sein de la relation permettaient, par la clarification de la relation, d'évoluer vers une certaine bientraitance.

E3 45-46 p16 « ça a permis de réorienter le dialogue […] et ça a permis de changer sa façon de voir les choses et de ré entamer un nouveau discours… Après c'est sûr que sur le coup, ce n'était vraiment pas sympa … »

5) Contexte global et bientraitance

Le contexte global semblait être un déterminant important de la bientraitance dans son assimilation à un cadre évolutif, au sein duquel une distinction entre le contexte familial, le contexte d'équipe, et le contexte institutionnel se faisait.

a) Bientraitance et contexte familial

Selon les médecins interrogés, il paraissait indispensable dans une idée de bientraitance de contextualiser le patient au sein de sa famille, et de construire, au plus juste, l'équilibre entre bientraitance du patient et celle de la famille.

> *E6 10-11 p6 « c'est vraiment un moment critique de la vie ou c'est difficile le juste milieu, d'accorder la bientraitance du patient à la bientraitance de la famille… Enfin c'est compliqué je pense… »*

b) Bientraitance et contexte de relation d'équipe

L'équipe soignante était explicitée comme ayant un rôle dans la bientraitance du patient, notamment dans les relations inter-soignants, comme une « chaîne de bientraitance » où l'ensemble de l'équipe de soin participe à cette construction.

> *E6 41-42 p1 « c'est-à-dire que ce n'est pas individuel quoi…c'est vraiment global… Pour moi la bientraitance passe par toute l'équipe, et c'est vraiment un travail d'équipe, c'est-à-dire qu'effectivement, c'est…Une dynamique d'équipe »*

Mais l'équipe pouvait aussi avoir un effet délétère sur la bientraitance du patient, notamment par certains préjugés transmis par l'équipe concernant le patient, ou par le manque de cohésion de celle-ci.

> *E5 16-18 p5 « parce que je pense que ce qui est très maltraitant pour le patient, c'est quand il a des échos très différents des professionnels de santé qui ne sont pas d'accord […], tout le monde dit quelque chose et son contraire, et il faut remettre un peu de lien là-dedans. »*

L'équipe était aussi explicitée comme ayant un rôle important dans la « bientraitance » du soignant. En effet, l'absence de « bientraitance » entre les différents membres, et

la non cohésion d'équipe étaient perçues par les médecins comme un facteur limitant la sensation d'être bien traité. Ce facteur était encore renforcé en cas de manque de partage des vécus.

E2 33-42 p8 « c'est vrai que déjà entre nous médecins, ou même avec les paramédicaux, on n'est pas franchement tout le temps bientraitants entre nous quoi […] Et même au-delà de ça, entre les services, entre les prises en charge… […] on est souvent dans la défiance et la critique plutôt que dans la compréhension et la bienveillance entre nous quoi… »

Le travail d'équipe, c'est-à-dire la mobilisation de l'équipe à visée de renforcement de la bientraitance paraissait être une perspective porteuse de sens.

E3 5-6 p15 « mais le fait de pouvoir travailler aussi à plusieurs, c'est d'une grande aide, et c'est d'une grande aide pour le patient aussi… »

L'équipe était considérée comme une ressource pour favoriser la bientraitance, puisqu'elle invitait à la réflexion, de manière abstraite à propos du concept de bientraitance en lui-même, ou de manière concrète à propos de situations compliquées en débriefing d'équipe.

E6 13 p12 « se poser avec le patient, mais avec l'équipe aussi. Parce que souvent, si on a été moins bientraitant, on n'est pas le seul quand même. Et en tout cas, la solution à trouver, elle est en équipe. »

E8 23-24 p3 « autrement, je ne vois pas trop d'autre solution, à part discuter de la bientraitance, ça me parait déjà être une belle chose… »

Enfin l'équipe en elle-même était décrite comme permettant un relais, nécessaire pour favoriser la bientraitance en cas d'impasse (relationnelle, thérapeutique…).

E6 15 p12 « c'est une solution, de déléguer, de passer la main à quelqu'un d'autre. Sans avoir l'arrière-pensée de se débarrasser de quelqu'un, parce que là c'est pas bien, mais vraiment de donner la main en disant, voilà là je suis pas dans la bonne situation, je suis pas dans la bonne optique, donc je préfère passer la main, mais pas dans le sens je me débarrasse… »

c) Bientraitance et contexte institutionnel

Les médecins interrogés décrivaient des limites pratiques à la bientraitance dues au contexte institutionnel, notamment par une carence de temps, une charge et une pression de travail trop importante, et des difficultés logistiques.

E6 25-27 p7 « on revient tout le temps sur la question du temps…depuis le début…Qu'être bientraitant c'est prendre le temps… Et l'avoir, et le prendre…Sauf que, en pratique, quand on a 25 patients dans une unité… »

E6 40-41 p2 « c'est effectivement la pression du temps qui manque, du manque d'effectif (enfin surtout en ce moment) qui fait que cette bientraitance elle est moins au premier plan… mais par manque de moyens techniques je pense… »

Les difficultés institutionnelles étaient liées à l'architecture même de la structure, comprenant les dysfonctionnements internes (articulation des soins), la multiplicité des acteurs, l'absence de relais (ou l'impasse institutionnelle), le manque de soutien institutionnel ressenti, et le poids du cadre médicolégal.

E2 50-52 p5 « des situations de stress, de flux continu avec des patients qui n'ont même pas de box, qui sont à poil, que tu examines au milieu des couloirs, qui traînent sur un brancard, qu'on appelle au fond par leur nom… Tu n'as aucune intimité, aucune pudeur, voilà tes besoins primaires manger, uriner, boire, aller à la selle c'est complètement… »

E5 30-32 p8 « voilà, du coup, rattaché à cette situation-là, on essaie plus de faire grand-chose… C'est une situation non éthique, non satisfaisante, et non efficace… C'est une impasse de non bientraitance, par épuisement de tout le monde … »

E3 16-17 p10 « plus la structure hospitalière est grande, moins on peut prendre des décisions en accord avec nos patients, en prenant le temps »

Ces difficultés institutionnelles impactaient, selon les médecins, directement le patient, par des situations d'absence d'anticipation, et de déshumanisation dont ils pouvaient être victimes.

E1 5-6 p7 « oui il y a plein de choses qui me choquent à l'hôpital, ouais…, ouais… parce qu'on les déshumanise un petit peu en quelque sorte, enfin »

La bientraitance était aussi bornée par des limites théoriques institutionnelles, voire sociétales, notamment en lien avec un vécu d'injonction paradoxale comportementale et temporelle par les médecins interrogés.

E5 48-49 p1 « avec des soignants qui sont […] épuisés par un nombre de patients impressionnants et qui ont parfaitement conscience de ne pas être dans la bientraitance. Qui essaient de ne pas être dans la maltraitance, mais qui ont l'impression que par manque de temps, ils le sont… Et effectivement, en imposant un rythme institutionnel, en faisant manger les patients en 5 minutes, en ne les levant pas les jours où il y a trop de patients à lever… »

La conséquence de cette perception d'injonction paradoxale semblait être un sentiment de maltraitance institutionnelle.

E7 9-11 p6 « : je pense que de là vient le gros malaise des médecins hospitaliers en ce moment, c'est tout dans le conflit de ce que tu voudrais faire en étant bientraitant avec tout ce qui est institutionnel, financier et qui va contre… Si t'arrives pas à être dans cette bientraitance-là alors que tu veux et que t'as d'autres choses qui se mettent contre toi, que c'est pas purement de ton fait, je pense que c'est là où tu deviens… où tu peux vite avoir un burn-out ou des choses comme ça… »

Les perspectives proposées par les médecins interrogés sur le plan institutionnel correspondaient à une majoration des ressources en termes de temps et de moyens, certaines modifications structurelles, ou organisationnelles, et un juste équilibre entre apprentissage et respect.

E2 58 p10 « qui feraient qu'on serait peut-être plus bientraitant… Si on avait plus le temps, plus les capacités humaines… »

E6 45-46 p12 « il faut plutôt que ça s'inscrive dans une démarche de service, un projet, où là, tu définis « qu'est-ce que la bientraitance, comment le service s'implique là-dedans, pour l'être au maximum », mais pour que ça reste en filigrane. (silence) »

IV Discussion

A) Résultats Principaux

L'analyse des résultats permettait de constater une préoccupation globale au sujet de la bientraitance pour les médecins interrogés, avec un intérêt important pour cette notion, qu'ils plaçaient comme valeur centrale, inhérente à leur pratique du soin.
Le caractère relatif, contextuel de la notion de bientraitance semblait être un élément important, rendant la définition et l'évaluation complexes. De même, les médecins interrogés soulevaient la nécessité de l'élargissement de son champ d'application (bientraitance des patients et « bientraitance des soignants »).
Ce concept soulevait de nombreuses interrogations, à propos de la sémantique (notamment du lien avec maltraitance et bienveillance), et des limites pratiques à sa réalisation (tel que le rapport à la temporalité).
Ce concept était aussi décrit comme porteur de paradoxes (paradoxe d'échelle entre court et long terme, au carrefour entre santé publique et individuelle) et d'amalgames (entre bientraitance et performance médicale – entre soigner et guérir, ainsi qu'entre bientraitance et satisfaction du patient) ce qui mettait en difficulté les praticiens.
Le concept de bientraitance se trouvait à l'articulation entre le soignant, le patient, le contexte global, dans une dimension relationnelle.

Si l'on analysait les données en se centrant sur les médecins, la bientraitance était le fait d'un « savoir être » [28], une posture dynamique, mettant en jeu une présence et une écoute, de l'expérience, une capacité à poser ses propres limites.
Les limites de la bientraitance du soignant envers le patient se retrouvaient dans l'indisponibilité à la relation, l'incertitude médicale, et le sentiment d'être maltraité.
Il existait une interdépendance entre la perception d'être bien traité des médecins, et la bientraitance des médecins envers les patients.
Les médecins semblaient particulièrement exigeants envers eux-mêmes, ne respectant pas toujours leurs limites personnelles et leur propre vulnérabilité, et ceci pouvait engendrer une souffrance professionnelle.

Les perspectives envisagées pour favoriser la bientraitance des soignants envers le patient étaient la pratique de la remise en question personnelle, la « bientraitance personnelle » correspondant à la capacité à prendre soin de soi, ainsi que l'acceptation de l'imperfection et la « sortie de l'idéal ».

Si on analysait les données en se centrant sur les patients, il existait des facteurs modulateurs de la bientraitance liés aux patients. La vulnérabilité des patients, la complexité médicale associée, et l'exigence de celui-ci en étaient des points clés, par le biais de la reconnaissance que le soignant pouvait percevoir.

La relation semblait être l'élément fondateur de la bientraitance, et se déclinait notamment comme une humanisation de l'Autre. L'enjeu de la bientraitance en termes relationnel était l'accordage et la construction commune. Les limites de cette bientraitance dans la relation semblaient être la mauvaise qualité de la relation elle-même, le facteur humain, ainsi qu'une sorte d'injonction paradoxale normative visant à une « relation individualisée reproductible ». Le travail sur les techniques de communication semblait pouvoir participer à l'amélioration de la bientraitance dans la relation.

Enfin la bientraitance pouvait se percevoir selon l'angle du contexte global, c'est-à-dire réintégrée dans ce qui est en réalité son contexte d'existence, bientraitance et famille, bientraitance et équipe de soin, bientraitance et contexte institutionnel.
L'équilibre entre la bientraitance du patient et celle de la famille, associé à la contextualisation des patients au sein de leur famille en était un élément.
L'équipe de soin était un autre point clé de la bientraitance, facilitateur par le relais qu'elle permettait, la remise en question collective, et la construction autour du patient d'une « chaîne de bientraitance ».
Le contexte institutionnel avait un rôle fondamental dans l'exercice de la bientraitance. En effet, la réalité de ce contexte posait des limites à l'exercice de la bientraitance, compte tenu d'un manque de moyens au sens global (temps, effectifs, difficultés logistiques et pression de travail) et d'une complexité structurelle. Ces éléments étaient considérés comme ayant des conséquences pour les patients, notamment en termes de deshumanisation. Ce contexte institutionnel semblait aussi lié au ressenti

d'injonctions paradoxales autour de la bientraitance et rattaché à une souffrance professionnelle intense.

Les derniers résultats étaient de l'ordre de l'informel, et provenaient de constatations effectuées lors de l'observation des entretiens. La présence d'un espace-temps permettant une verbalisation et une écoute des médecins à propos du terme de bientraitance semblait être bénéfique (témoignages informels, remerciement), même si une composante importante de souffrance professionnelle y était exprimée. L'expérience et la hiérarchie semblaient avoir un impact sur la prise de parole des participants, les plus jeunes cherchant de manière systématique la validation de leurs pairs plus expérimentés.
Il apparaissait aussi que le discours concernant la bientraitance se modifiait au fur et à mesure d'un même entretien, avec un discours initial plutôt lissé et simple, conforme aux définitions attendues, puis un relais progressif vers les difficultés rencontrées, la remise en question même de cette notion, aboutissant à la complexification de la bientraitance. Cette transition semblait être difficile, nécessitant une certaine intimité et sécurité, la libération de la parole étant permise par un groupe restreint (témoignage informel de l'entretien réalisé à 5 participants « c'était vraiment horrible de parler de ça devant tout le monde »).

B) Forces et faiblesses de l'étude

1) Forces de l'étude

La modalité exploratoire de la méthodologie qualitative utilisée pour cette étude a permis une approche intéressante de la réalité pratique de la bientraitance par les médecins, cette population étant un des acteurs principaux de la bientraitance. La prise en compte du vécu intime des médecins, l'interaction entre participants et la réflexion collective sur ce thème ont permis de faire émerger des représentations, des mises en pratiques, et d'autres notions associées pour les participants à ce concept de bientraitance.

La réalisation d'entretiens collectifs avec un nombre de participants variant entre deux et cinq, permettait une émulation globale et une réflexion collective, mais aussi la création d'un espace intime, permettant aux participants de disposer d'un espace d'expression de leur vécu.
La recherche de variabilité maximale, notamment en termes d'âge (dans un contexte de concept récent), et de modalité d'exercice, permettait une validité un peu plus importante de l'étude. L'analyse des propos d'internes, médecins de demain, semblait apporter une plus-value.
La saturation des données a été obtenue à partir du cinquième entretien collectif, confirmée par deux autres entretiens collectifs et un entretien individuel, permettant une triangulation des méthodes.

2) Faiblesses de l'étude

a) Biais d'investigation

Le biais d'échantillonnage de cette étude était important : la majorité du recrutement a été réalisé par contact direct (téléphonique ou mail) avec des médecins ou des internes avec qui un échange professionnel avait déjà eu lieu, en suivant une méthodologie par empathie [26], utilisée en sciences sociales mais rarement dans le domaine médical.
Ce biais était également causé par un impératif de faisabilité, par l'absence de rémunération de la participation, et par l'obligation de réaliser ces entretiens en dehors d'horaires professionnels (temporalité adaptée nécessaire). Compte tenu de ces modalités de réalisation, ce biais d'échantillonnage était encore plus marqué, et les participants ayant choisi de consacrer une soirée de leur temps personnel à cette thématique étaient probablement plus intéressés, plus sensibilisés ou plus curieux de cette notion que la population générale.
Pour limiter ce biais, la description du sujet de recherche lors des propositions d'inclusions était réduite à son minimum, c'est-à-dire au mot « bientraitance » en lui-même, permettant de limiter les interactions participant-investigateur à propos du thème de recherche.
Une recherche de variabilité maximale a également été réalisée, en termes d'âge, de genre, de mode d'exercice et de spécialisation, en sollicitant notamment des

spécialistes par l'envoi d'un mail commun. Cependant, il est à noter la surreprésentation de participants ayant une activité intra-hospitalière, biais qui n'a pu être corrigé pour des questions de faisabilité (disponibilité, lieu de rencontre).

Un autre biais d'investigation était celui d'interaction, et d'influence. En effet, la nécessité de nommer le mot « bientraitance », et la composition en elle-même du guide d'entretien avait un impact certain sur les réflexions et les paroles des participants. Pour limiter cette influence, les investigatrices ont favorisé la libre circulation de la parole entre les participants, et ont modifié le guide d'entretien, notamment en retardant l'exposition des définitions pour permettre l'évocation spontanée du concept. Par ailleurs, les investigatrices n'ont pas analysé, à titre de parole spontanée, les propos des participants, si ceux-ci répondaient directement à une de leur question, compte tenu de ce biais d'interaction. Il est à noter que la dernière question du guide d'entretien était volontairement orientée, mais avait pour objectif de permettre, si cela était nécessaire, une prise de position en opposition avec les investigatrices, et de libérer la parole des participants.

b) *Biais de désirabilité sociale*

Au sein des entretiens, il existait un biais de désirabilité sociale, qui expliquait probablement une partie de l'homogénéité des résultats retrouvés, notamment sur l'importance du concept de bientraitance. En effet, le mot « bientraitance » étant le thème de ces entretiens, et étant précédé du préfixe « bien », il paraissait probablement difficile pour les participants d'exprimer leur désintérêt pour cette notion.
Ce biais de désirabilité sociale envers les investigatrices et sa diminution au fur et à mesure d'un même entretien expliquait possiblement les changements de positionnement des participants au décours de l'entrevue.
Ce biais de désirabilité sociale était probablement plus important au cours de l'entretien individuel, le médecin interrogé ne pouvant rechercher une validation de ses propos que par les investigatrices.
Il était à remarquer que ce biais existait entre les différents participants d'un même entretien, notamment en présence d'une hiérarchie indirecte.
Afin de minimiser cet effet, il a été tenté de tenir au maximum par les investigatrices une position neutre concernant chaque point de vue développé, et de privilégier les

interactions entre participants. Au début de chaque entretien était rappelé l'objectif de recherche de la plus grande diversité d'opinion, de pratique et de représentation. Dans un objectif similaire, il a aussi été privilégié des entretiens rassemblant des participants du même niveau hiérarchique.

c) *Biais d'interprétation*

L'analyse des investigatrices a été nécessairement subjective, et orientée selon leurs propres représentations, leur propre réalité pratique, réalisant un biais d'interprétation. Cependant, la méthodologie d'une double lecture, et d'un double codage en aveugle, suivi d'une confrontation puis d'un codage thématique commun, pour chaque entretien, a permis de limiter en partie ce biais, réalisant une triangulation des chercheurs. En effet, la subjectivité de chacune des investigatrices était mise en évidence par l'autre au moment de la mise en commun, et la nécessité de justification verbalisée de chaque regroupement thématique permettait de diminuer ce biais d'interprétation.

Il est à noter que les thèmes n'ont pas été définis à l'avance mais ont émergé du codage réalisé, et les résultats surprenants ont été utilisés avec d'autant plus d'attention (notamment la notion de « bientraitance » ressentie par les médecins et non uniquement des soignants envers les patients).

De plus, un travail personnel important de chaque investigatrice, par le biais de la méthode du carnet de bord, d'entretiens avec la directrice de thèse et le Docteur Basset, ont permis de mettre en partie à distance certains prérequis, et de déconstruire certaines représentations. Ce travail a aussi été alimenté par une importante recherche bibliographique, y compris sur des sujets connexes, tels que l'éducation, le *care*, l'éthique médicale, ou la qualité dans le secteur médico-social.

d) *Biais d'analyse*

La notion de bientraitance se plaçant au carrefour entre médecine, sciences sociales, philosophie et éthique, il s'agissait d'un concept transversal. Les investigatrices de cette étude n'avaient pas de formations dans les autres disciplines touchées par cette notion, limitant leur analyse à leurs compétences médicales. Des compétences, voire

un codage commun en accord avec des sociologues et des philosophes auraient été nécessaires à une prise de recul et à une finesse d'analyse plus importante.
Les médecins étant en première ligne de la relation avec le patient, il persistait malgré ce biais d'analyse une certaine pertinence du traitement de ces données sous un angle médical.

C) Validité externe, comparaison avec la littérature

La bientraitance est définie dans la littérature comme un concept flou [29], mouvant, un idéal de soin [2] posé comme un objectif sans cesse renouvelé [30], et inatteignable [2]. Les médecins interrogés la considéraient comme une valeur inhérente au soin, et appartenant au soignant [25], ce qui concorde avec cette unicité du soin décrite par Lombard « l'unité de toute action d'accompagnement et de soin : c'est tout entière qu'elle est bientraitante ou non» [31].

Pour les médecins interrogés, ce concept n'existait que de manière contextuelle, et était donc relatif et variable, en fonction du patient (et de sa vulnérabilité) [32], du soignant, de la relation, et du contexte global, contribuant à sa complexité, ce qui est en corrélation avec la littérature [33].

Dans la bibliographie réalisée, la bientraitance comporte de nombreuses limites et critiques, en termes sémantique, conceptuel, ainsi qu'en termes d'application.

En effet il existe dans la littérature une critique du terme bientraitance, qui, selon la sémantique, contient le mot « bien », variable selon le référentiel culturel [5] [34] et pouvant amener un jugement éventuel [2] [35].
D'autre part, cette appellation est aussi remise en question devant le lien existant avec la « maltraitance ». Ce lien a pour vocation un rappel permanent et constant à celle-ci, au titre de prévention du risque [18]. Dans ce cadre, la bientraitance peut questionner dans sa dichotomie sémantique avec la maltraitance, qui évoque une opposition « bien » / « mal », plutôt qu'un continuum progressif, qu'un chemin de remise en question [4] : « Comment être contre la bientraitance ! Pourtant, de la même manière que l'enfer est pavé de bonnes intentions, la bientraitance, sous prétexte de

lutter contre la maltraitance, peut nous entraîner vers une normalisation excessive de la relation de soin. La vigilance est donc, ici comme ailleurs, salutaire » [36].
Par ailleurs, la seconde partie, « traiter », est parfois critiquée pour sa référence à l'acte et à l'action systématique qui en découle [29].

Ces difficultés étaient, de manière concordante, soulevées par les médecins interrogés, leur permettant un travail réflexif individuel et collectif autour de la notion.

En termes conceptuel, c'est la distanciation du soin et de la bientraitance, voire même l'extraction de la bientraitance à partir du soin, et leur juxtaposition qui pose question et qui explique possiblement certaines difficultés des soignants avec ce concept [37], retrouvées dans cette étude : « Peut il y avoir soin sans bientraitance ? » [36].
En parallèle, la conceptualisation en elle-même de la bientraitance faisait partie des interrogations relevées dans cette étude. Parler de bientraitance implique une conceptualisation, mais si l'on oublie de prendre en compte le contexte, cette notion peut perdre de son sens, de son essence, se désinvestir de l'humain [38].
Si la bientraitance est l'acte de « promouvoir, à travers des soins ou toute autre relation, l'autre comme sujet » [7], rester vigilant sur l'utilisation de ce terme pour y maintenir du sens semble toutefois nécessaire.

Dans son application, la notion de bientraitance semble limitée par deux éléments : la faisabilité en fonction du contexte global, et son assimilation à un critère qualité [19].
La perception d'une injonction paradoxale de bientraitance par les médecins (limitant sa réalisation compte tenu du contexte médico-économique) était un élément extrêmement présent des résultats de cette étude, notamment dans son lien entre temporalité et bientraitance. Ce résultat est cohérent avec la littérature, dans laquelle le manque de moyens (au sens global), et de temps [7] [28] est relevé.
La promotion de la bientraitance [17], par le biais de la démarche qualité dans le secteur médico-social, est controversée dans la littérature, mais peu développée dans cette étude.
Selon la HAS, « Les critères de qualité correspondent aux points clés d'une prise en charge, fondés sur des recommandations, pour lesquels une amélioration de la qualité est possible », et la bientraitance a été intégrée comme l'un d'eux dans le manuel de certifications [19].

Cependant, pour certains, la démarche qualité fait référence à des normes [39], qui ont plutôt tendance à se rapprocher du domaine de la morale et s'éloigner du questionnement de l'éthique.
Que dire alors de la bientraitance, notion faisant partie du champ de l'éthique [7], en termes de critère qualité ? L'institutionnalisation de l'éthique risquerait d'« amener progressivement à la mise en place d'une éthique purement procédurale où les conflits et impasses éthico-pratiques trouveraient systématiquement un remède dans une réponse juridico-politique » [40].

La satisfaction du patient semble nécessaire pour l'évaluation de la qualité des soins dans les institutions, malgré certaines ambiguïtés [41].
Cette recherche de la satisfaction du patient risquait de dévoyer la relation de soins pour les médecins de notre étude, ce qui renvoie à certaines données de la littérature : « Supporter et assumer des désaccords et de l'insatisfaction n'a jamais (au contraire) compromis une certaine satisfaction à long terme. Mais la satisfaction à court terme, celle de l'enquête de satisfaction à paraître en fin d'année, peut devenir le chant du cygne du cadre institutionnel. » [42].

C'est donc l'assimilation de la bientraitance à une démarche qualité, à sa rationalisation, sa rentabilité, son évaluation, et cet idéal inclus en procédure qui interroge : « La logistique et l'organisation se prêtent logiquement à la démarche qualité. Mais le comportement humain, dont on ne peut enlever « d'autorité » les composantes d'ambivalence, de paradoxes, de clivages…, ne peut être réduit à une logique mathématique que de manière fallacieuse. Ainsi, il faut cibler et « doser » la nature et la portée des défis relevés par la qualité » [42]. En effet, « la démarche qualité ne peut se suffire à elle-même, il convient pour qu'elle reste un atout de se demander inlassablement si l'on ne confond pas l'outil et la finalité. » [42].

Il y a donc une cohérence importante entre les résultats retrouvés dans cette étude et la littérature dans l'assimilation de la bientraitance à l'éthique, qui pose le rapport à l'autre, dans les ambiguïtés, paradoxes, et amalgames qu'elle comprend, ainsi que dans son application inclue dans la démarche qualité. Pour autant, la mise en réflexion du rapport à l'autre, permise par cette notion, est porteuse de sens.

Un résultat important de cette étude est qu'à l'évocation de la bientraitance, était exprimée une part importante de souffrance professionnelle, par la sémantique utilisée et le contenu du discours.
Cette souffrance professionnelle peut être interprétée comme un mélange complexe entre une personnalité médicale spécifique et un contexte médico-économique « sous tension ».
Le profil médical retrouvé dans l'étude correspond à une population idéaliste, hyper-exigeante, rencontrant des difficultés dans le fait d'assumer et de vivre sa vulnérabilité, ce qui concorde avec la littérature [7] [29] : « Ne sommes-nous pas facilement habités par une culpabilité diffuse, du seul fait qu'il nous est impossible d'être des soignants irréprochables ? » [43].
Cette personnalité se replace dans un contexte global d'économie de santé, de réduction de personnel, de diminution de budget [24] [37], associé à des notions de « taux d'occupation des lits », « durée moyenne de séjour » [44], ayant pour visée la rentabilité de l'hôpital, et également lié à une majoration de la charge de travail : « Equipes en sous-effectif, rentabilité, performance sont devenus trop souvent les termes associés au *care* et au *cure* de jadis… » [45].

La souffrance des personnels soignants, notamment des médecins [46], se dessine au sein de ces deux paramètres se potentialisant l'un l'autre. Elle est mise en exergue par cette injonction ressentie de bientraitance, qui peut conduire les soignants à un sentiment d'impuissance et à une perte de sens globale : « D'autre part, il s'agit de reconnaître aussi les conditions pathogènes dans lesquelles sont organisées les prises en charge : si les institutions n'offrent pas aux travailleurs un lieu critique où l'on peut dénoncer les conditions de travail et proposer des améliorations, toute initiative en vue d'instaurer de la bientraitance sera vouée à l'échec. Non seulement on n'agira pas sur l'une des causes du problème, mais on fera reposer sur les seuls soignants déjà en souffrance une exigence supplémentaire, les précipitant encore un peu plus vers la rupture. » [7]. Il s'agit donc peut-être de se permettre, au nom de la bientraitance, de modifier l'un et l'autre des paramètres.

Dans la littérature, les perspectives concernant la bientraitance sont assez discordantes, notamment entre les propositions de « déploiement de la bientraitance » [17], et celles de réappropriation de la notion par les soignants. Mais la plupart

s’accordent pour maintenir le terme de bientraitance dans le champ de l’éthique, c’est-à-dire favoriser la remise en question « [l’éthique] est la consultation et l'interrogation du royaume des normes, du système de référence donc, pour définir les attitudes à adopter et les décisions à prendre dans une situation concrète et singulière. Elle est un questionnement, un usage critique de la raison, et en ce sens elle peut être également une forme de subversion » [31].

Les perspectives proposées par les médecins dans cette étude étaient relativement concordantes avec une partie de ces études, ne proposant pas de protocolisation, mais plutôt une majoration des moyens, associée à des temps de partage des vécus et des pratiques, de réflexion et de remise en question personnelle et collective. La « bientraitance personnelle » ainsi qu’une certaine reconnaissance [36], contribuaient également à l’objectif de la juste prise en soin des patients par les soignants : « Seules l’analyse et l’évaluation de nos pratiques cliniques au quotidien, un regard exercé et exacerbé, soucieux d’une exigence éthique ayant comme seule finalité le malade, pourront nous permettre de progresser dans le but de promouvoir un meilleur soin » [33].

V Conclusion

La bientraitance a, pour les médecins, une portée symbolique. Il s'agit d'une valeur essentielle, intégrée dans sa complexité par les soignants, une posture humaine et humaniste.

Cette étude ne donne pas de réponse claire sur la réalité pratique vécue par les médecins, mais montre que leur appropriation de la notion semble être le fruit d'une activité réflexive évolutive et constructive, qui permet de s'interroger à chaque rencontre.

Il s'agit bien d'une réflexion, d'un questionnement permanent, dans un contexte toujours singulier. Un concept dans un contexte, qui prendrait en considération le soignant, le patient, dans leurs forces mais aussi dans leurs vulnérabilités, ainsi que la relation (et la construction d'un projet commun) qui peut naître de leur interaction.

Tenter via les institutions de créer une dynamique réflexive ne pourrait être critiquée, car l'évaluation permet « d'entretenir une relation dialectique de débat » (Ricoeur, 1998), mais il faut à tout prix éviter qu'elle devienne « un label vide de sens » [4], une « éthique alibi » [2]. En effet, à l'extraire de la pratique quotidienne, le concept risque de se figer, et de faire oublier aux soignants que ce sont eux, individuellement et au sein de l'institution, qui sont acteurs de cette bientraitance.

De surcroit, le questionnement autour de la bientraitance mène souvent à des incertitudes, des doutes. L'acceptation de ceux-ci est nécessaire mais souvent difficile pour les médecins. Quand ils se retrouvent dans des situations où le contexte ne leur permet pas une intégration de cette incertitude, ils s'exposent au risque de perte du sens de leur travail, source d'une possible souffrance professionnelle.

En permettant un espace-temps suffisant - qui implique d'accepter la lente assimilation des changements, et la temporalité de la réflexivité propre – ainsi qu'une plus grande souplesse du système, il nous serait possible « d'inventer nos outils et nos critères d'évaluation, en fonction de réalités que nous ne cesserions de modéliser à outrance, pour se réapproprier le droit à la complexité, nécessaire au respect d'autrui et à sa compréhension (toujours partielle) » [42].

Pour que la bientraitance reste humaine, effective, une réelle « utopie mobilisatrice » [47].

THÈSE SOUTENUE PAR : Raffaella FEDERICI et Cécile ORILLARD

TITRE : REPRESENTATIONS ET REALITE PRATIQUE DES MEDECINS AU SUJET DE LA BIENTRAITANCE. ETUDE QUALITATIVE DANS LES AGGLOMERATIONS DE GRENOBLE ET DE CHAMBERY

CONCLUSION :

La bientraitance est une notion transversale évoquant une approche différente de la relation à l'autre. Les institutions médicales l'ont évalué et intégré dans des recommandations à l'usage des soignants.
Cette étude cherchait à recueillir les représentations et la réalité pratique qu'en avaient les médecins.

L'échantillon étudié était les médecins cliniciens et internes des agglomérations de Grenoble et Chambéry, recrutés par sollicitation individuelle ou collective.

Pour les médecins interrogés, la bientraitance apparaissait comme un concept primordial, une valeur soignante, intégrée dans sa complexité par les soignants, une posture humaine et humaniste. Elle se déclinait selon le soignant (impliquant une démarche volontaire), le patient (sa vulnérabilité), au sein d'une relation de co-construction, le tout dans un contexte spécifique (familial, d'équipe et institutionnel).
La bientraitance semblait poser des limites théoriques (amalgames, paradoxes) et pratiques (personnelles, relationnelles, logistiques, institutionnelles). L'élargissement de son concept à la « bientraitance des soignants » paraissait important.

Cette étude ne donne pas de réponse claire sur les représentations de la bientraitance par les médecins, mais montre que leur appropriation de la notion semble être le fruit d'une activité réflexive évolutive et constructive, qui permet de s'interroger à chaque rencontre.
La bientraitance apparait pour les médecins comme un concept complexe et mouvant, un questionnement éthique, mais aussi une démarche quotidienne dans un contexte donné, qui s'inscrit dans une relation toujours singulière.
Il semble que les niveaux de réponse soient tant individuels que collectifs.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le : 15/10/18

LE DOYEN

Pr. Patrice MORAND

Pour le Président
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Pr. Patrick IMBERT

Bibliographie

1. Schmitt M. Bientraitance et qualité de vie - Tome 2 [Internet]. Elsevier; 2015 [cité 28 juin 2018]. Disponible sur: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/C20140038129

2. Garrigue-Abgrall M. Critique de l'usage du concept de bientraitance. Éthique & Santé. sept 2005;2(3):133‑7.

3. Schmitt M, Bressand M, Chriqui-Reinecke M. « Promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé » [Internet]. Ministère de la Santé et des Sports; 2011 janv. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_bientraitance_dans_les_etablissements_de_sante.pdf

4. Rapoport D. De la prévention de la maltraitance à la « bien-traitance » envers l'enfant »,. Informations sociales. 2010;4(160):114‑22.

5. Sellenet C. De la bientraitance des enfants à la bientraitance des familles ? Spirale. 2004;29(1):69.

6. Ricoeur P. Soi-meme comme un autre. In: Soi-meme comme un autre. p. 202. (Seuil).

7. Longneaux J-M. On ne naît pas bien traitant, mais on peut le devenir. Gérontologie et société. 2010;33 / n° 133(2):33.

8. Gabel M, Auboyer-Treuille N. Bientraitances: mieux traiter familles et professionnels. Paris: Ed. Fleurus; 2001. 454, page 33 p.

9. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [Internet]. MESX0000158L, 2002‑2 janv 2, 2002. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=cid

10. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. MESX0100092L, 2002‑303 mars 4, 2002. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015

11. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [Internet]. SANX0300217L févr 11, 2005. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647

12. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance [Internet]. SANX0600056L mars 5, 2007. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000823100

13. Duval A. Mémoire La bientraitance dans un établissement de santé: genèse et questionnements ethiques. 2014.

14. Delivré O. Recommandation « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » [Internet]. ANESM; 2008 févr. Disponible sur: http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/revue_litterature_bientraitance_anesm.pdf

15. Compagnon C, Ghadi V. La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé [Internet]. HAS; 2009 [cité 8 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf

16. HAS FORAP. Développement de la bientraitance Bilan des travaux et recensement des besoins dans les établissements de santé et Ehpad de six régions françaises [Internet]. 2010 [cité 10 sept 2018]. Disponible sur: http://www.forap.fr/pdf/Forap-HAS-Rapport%20bientraitance.pdf

17. HAS FORAP. Le déploiement de la bientraitance Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD [Internet]. 2012. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_rapport.pdf

18. ANESM. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : La bientraitance, définitions et repères pour la mise en oeuvre [Internet]. 2012 [cité 10 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_synthese-bientraitance.pdf

19. HAS. Manuel de certification des établissements de santé V2010 [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf

20. CIRCULAIRE N° DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS. [Internet]. AFSA1404514C, DGCS/SD2A/2014/58 févr 20, 2014. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2014/03/cir_38046.pdf

21. Péoc'h N. Un projet de soins inscrit dans la bientraitance. nov 2011;(510):589.

22. Basset E, Terrien N. Regards croisés sur la bientraitance « point de vue des patients » Projet de recherche CONVERGENCE PREPS DGOS 2013-2015 [Internet]. 2015 [cité 10 sept 2018]. Disponible sur: http://www.sfsp.fr/manifestations/congres2015/donnees/som_session/diaporamas/SC11-BASSET.pdf

23. HAS FORAP. Note de cadrage Construire le partenariat entre les usagers et les professionnels sur la bientraitance [Internet]. FORAP HAS; 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/note_cadrage_bientraitance.pdf

24. Zafar S. Bientraitance envers les personnes âgées vivant en EHPAD et rôle du médecin traitant : représentation de médecins libéraux en Ile-de-France et dans les Alpes Maritimes [Internet]. [Nice]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2017. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01678683

25. Decultot C. Comment les médecins généralistes appliquent-ils la bientraitance lors des visites à domicile ?Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de quinze médecins généralistes en Haute-Normandie [Internet]. [Rouen]: Université de Rouen Normandie; 2017. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/view/index/docid/1683955

26. Basset P. Aspects éthiques des situations de refus et arrêt de traitement [Internet]. [Paris]: Université Paris-Saclay École doctorale Sciences de l'Homme et de la Société

(Cachan, Val-de-Marne); 2016. Disponible sur: http://www.theses.fr/2016SACLS015/document

27. Puaud D. L'« empathie méthodologique » en travail social. Pensée plurielle. 2012;n° 30-31(2):97.

28. Schmitt M. Bientraitance et qualité de vie, Conclusions. In: Bientraitance et Qualité de vie. Elsevier Masson. p. 281‑90.

29. Weber J-C. Douleur, éthique et « bientraitance ». Éthique & Santé. 1 déc 2011;8(4):191‑7.

30. Moulias R, Moulias S, Busby F. Edito. La « bientraitance » : qu'est-ce que c'est ? Gérontologie et société. 2010;33 / n° 133(2):10.

31. Lombard J. La bientraitance, approche philosophique. In La Réunion; 2014. Disponible sur: https://www.editions-harmattan.fr/auteurs/article_pop.asp?no=29548&no_artiste=5748

32. Zielinski A. La vulnérabilité dans la relation de soin: « Fonds commun d'humanité ». Cahiers philosophiques. 2011;125(2):89.

33. Gruat F. Le soin comme éthique : l'épistémologie morale à la recherche d'un nouveau paradigme à l'hôpital [Internet]. [Paris]: Université Paris XI Faculté de Médecine Paris-Sud Université Paris VII Denis Diderot; 2012 [cité 10 sept 2018]. Disponible sur: https://tel.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/923144/filename/VD_GRUAT_FLORENCE_19062012.pdf

34. Desmet H, Pourtois J-P, Cyrulnik B. Culture et bientraitance [Internet]. Bruxelles: De Boeck; 2005 [cité 8 mai 2018]. Disponible sur: http://www.cairn.info/culture-et-bientraitance--9782804148867.htm

35. Mercier M. Maltraitance et bientraitance : du déni éthique au réductionnisme scientifique,. 2004;(8):125.

36. Svandra P. Le soin est-il soluble dans la bientraitance ? Gérontologie et société. 2010;33 / n° 133(2):23.

37. Filhol O. La démarche qualité : cette douce tyrannie de la transparence. In: La démarche qualité dans le champ médico-social [Internet]. Toulouse: ERES; 2010. p. 21‑45. (L'éducation spécialisée au quotidien). Disponible sur: https://www.cairn.info/la-demarche qualite-dans-le-champ-medico-social--9782749211886-p-21.htm

38. Constantinidès Y. L'impératif éthique de bientraitance [Internet]. Espace éthique; 2016 [cité 12 déc 2017]. Disponible sur: http://renovation.asso.fr/wordpress/wp-content/uploads/L%E2%80%99imp%C3%A9ratif-%C3%A9thique-de-bientraitance-Association-R%C3%A9novation-Bordeaux-06.06.2016.pdf

39. Brioul M. Mission qualité : entre éthique et morale ? In: La démarche qualité dans le champ médico-social [Internet]. Toulouse: ERES; 2010. p. 47‑62. (L'éducation spécialisée au quotidien). Disponible sur: https://www.cairn.info/la-demarche qualite-dans-le-champ-medico-social--9782749211886-p-47.htm

40. Chvetzoff R. Institutionnalisation de l'éthique en santé : entre sciences des organisations et puissances de l'imaginaire. Éthique & Santé. juin 2017;14(2):72‑7.

41. Lopez A, Remy P-L. Mesure de la satisfaction des usagers des établisseme nts de santé [Internet]. IGAS; 2007 mars [cité 10 sept 2018] p. 134. Report No.: RM2007-045P. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000592.pdf

42. Scalabre G. La démarche qualité : entre enjeux d'appropriation et risques d'instrumentalisation. In: La démarche qualité dans le champ médico-social [Internet]. Toulouse: ERES; 2010. p. 63‑77. (L'éducation spécialisée au quotidien). Disponible sur: https://www.cairn.info/la-demarche qualite-dans-le-champ-medico-social--9782749211886-p-63.htm

43. Barrea De Vleeschhouwer M. Le mal-être quotidien du soignant. Éthique & Santé. mai 2004;1(2):77‑82.

44. Hirtzlin I. Le recours à l'hôpital en Europe [Internet]. HAS; 2009 mars [cité 10 sept 2018] p. 117. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/rapport_le_recours_a_l_hopital_en_europe_2009-04-03_09-48-38_85.pdf

45. Petiau A. « Ne dites surtout pas que vous êtes médecin » : plaidoyer pour une prise en compte du vécu des soignants. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. 2016;57(2):103.

46. Estryn-Behar M, Braudo M-H, Fry C, Guetarni K. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). L'information psychiatrique. 2011;87(2):95.

47. Manciaux M. Bientraitance et résilience: des utopies mobilisatrices [Internet]. 2015. Disponible sur: http://ichrono.info/index.php/mobile-it-2/item/1121-dr-michel-manciaux-bientraitance-et-resilience-des-utopies-mobilisatrices

Liste des abréviations

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

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research

DES : Diplôme d'études spécialisées

DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaires

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FORAP : Fédération des organismes régionaux d'amélioration des pratiques et des organisations

HAS : Haute autorité de santé

Annexes

Annexe n°1 : Guide d'entretien, première version

Thèse Questionnaire d'entretien Raffaella FEDERICI, Cécile ORILLARD	Quelques informations : - L'ensemble du Focus Group est enregistré - L'Anonymisation est réalisée dès l'écoute de l'enregistrement audio. - Il y a confidentialité stricte des enregistrements avec destruction dès que la retranscription est effectuée. - Il y a une confidentialité interne au Focus Group, avec l'objectif de respect mutuel, d'écoute et de non jugement entre professionnels de santé. - L'objectif de la recherche est de dresser un tableau de la représentation médicale de la Bientraitance. - Ce travail se place dans le cadre Universitaire, au sein de l'Université Grenoble Alpes pour la réalisation d'une thèse de Médecine Générale. - Il est possible d'avoir un retour sur l'avancement de notre travail.
Définitions de la bientraitance Selon l'encyclopédie Larousse : Ensemble des soins, des actes et des comportements exercés par l'entourage familial ou professionnel d'une personne et qui procurent un bien-être physique et psychique au bénéficiaire. Selon la HAS : « La bientraitance est une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'usager et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'usager, 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 patient, l'usager. Elle nécessite un questionnement tant individuel que collectif de la part des acteurs. »	Question 1 : • A quelles situations cliniques ces définitions vous font–elles penser ?
Question 1 bis : • A quelles situations cliniques ces définitions vous font–elles penser ? • Pouvez-vous évoquer ici une situation où vous vous êtes senti pleinement satisfait de la PEC, ou vous vous êtes senti « bien-traitant » ?	Question 2 : • Quelle place cette notion occupe-t-elle dans votre pratique ?
Question 3 : • Dans quelles situations vous êtes-vous senti moins bien traitant que ce que vous auriez voulu être (au-delà de la prise en charge médicale pure) ? • Quelles en sont les raisons à votre avis ?	Question 4 : • Quelles solutions trouvez-vous au quotidien dans les cas où la prise en charge est efficace, mais non satisfaisante ?
Question 5 : • Que pensez-vous d'une obligation de bientraitance ?	

Annexe n°1 bis : Guide d'entretien, deuxième version

Thèse

Questionnaire d'entretien

Raffaella FEDERICI, Cécile ORILLARD

Quelques informations :

- L'ensemble du Focus Group est enregistré
- L'Anonymisation est réalisée dès l'écoute de l'enregistrement audio.
- Il y a confidentialité stricte des enregistrements avec destruction dès que la retranscription est effectuée.
- Il y a une confidentialité interne au Focus Group, avec l'objectif de respect mutuel, d'écoute et de non jugement entre professionnels de santé.
- L'objectif de la recherche est de dresser un tableau de la représentation médicale de la Bientraitance.
- Ce travail se place dans le cadre Universitaire, au sein de l'Université Grenoble Alpes pour la réalisation d'une thèse de Médecine Générale.
- Il est possible d'avoir un retour sur l'avancement de notre travail.

Brain storming !

La bientraitance ?

Définitions de la bientraitance

Selon l'encyclopédie Larousse :
Ensemble des soins, des actes et des comportements exercés par l'entourage familial ou professionnel d'une personne et qui procurent un bien-être physique et psychique au bénéficiaire.

Selon la HAS :
« La bientraitance est une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'usager et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'usager, 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 patient, l'usager. Elle nécessite un questionnement tant individuel que collectif de la part des acteurs. »

Question 1 :

- A quelles situations cliniques ces définitions vous font–elles penser ?

Question 1 bis :

- A quelles situations cliniques ces définitions vous font–elles penser ?
- Pouvez-vous évoquer ici une situation où vous vous êtes senti pleinement satisfait de la PEC, ou vous vous êtes senti « bien-traitant » ?

Question 2 :

Quelle place cette notion occupe-t-elle dans votre pratique ?

Question 3 :

- Dans quelles situations vous êtes-vous senti moins bien traitant que ce que vous auriez voulu être (au-delà de la prise en charge médicale pure) ?
- Quelles en sont les raisons à votre avis ?

Question 4 :

- Quelles solutions trouvez-vous au quotidien dans les cas où la prise en charge est efficace, mais non satisfaisante ?

Question 5 :

- Que pensez-vous d'une obligation de bientraitance ?

Annexe n°1 ter : Guide d'entretien, troisième version

Thèse

Questionnaire d'entretien

Raffaella FEDERICI, Cécile ORILLARD

Quelques informations :

- L'ensemble du Focus Group est enregistré
- L'Anonymisation est réalisée dès l'écoute de l'enregistrement audio.
- Il y a confidentialité stricte des enregistrements avec destruction dès que la retranscription est effectuée.
- Il y a une confidentialité interne au Focus Group, avec l'objectif de respect mutuel, d'écoute et de non jugement entre professionnels de santé.
- L'objectif de la recherche est de dresser un tableau de la représentation médicale de la Bientraitance.
- Ce travail se place dans le cadre Universitaire, au sein de l'Université Grenoble Alpes pour la réalisation d'une thèse de Médecine Générale.
- Il est possible d'avoir un retour sur l'avancement de notre travail.

Brain storming !

La bientraitance ?

Définitions de la bientraitance

Selon l'encyclopédie Larousse :
Ensemble des soins, des actes et des comportements exercés par l'entourage familial ou professionnel d'une personne et qui procurent un bien-être physique et psychique au bénéficiaire.

Selon la HAS :
« La bientraitance est une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'usager et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'usager, 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 patient, l'usager. Elle nécessite un questionnement tant individuel que collectif de la part des acteurs. »

Question 1 :

- A quelles situations cliniques ces définitions vous font–elles penser ?

Question 1 bis :

- A quelles situations cliniques ces définitions vous font–elles penser ?
- Pouvez-vous évoquer ici une situation où vous vous êtes senti pleinement satisfait de la PEC, ou vous vous êtes senti « bien-traitant » ?

Question 2 :

Quelle place cette notion occupe-t-elle dans votre pratique ?

Question 3 :

- Dans quelles situations vous êtes-vous senti moins bien traitant que ce que vous auriez voulu être (au-delà de la prise en charge médicale pure) ?
- Quelles en sont les raisons à votre avis ?

Question 4 :

- Quelles solutions trouvez-vous au quotidien dans les cas où vous vous sentez moins bientraitants que ce que vous voudriez être ?

Question 5 :

- Que pensez-vous d'une obligation de bientraitance ?

Annexe n°2 : Critères COREQ: Consolidated criteria for reporting qualitative research

Item		Guide: questions/description
Domain 1: Research team and reflexivity		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group? *Cécile ORILLARD and Raffaella FEDERICI*
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? *None*
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study? *They were both medical interns.*
4.	Gender	Was the researcher male or female? *Ms ORILLARD and FEDERICI are both women.*
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have? *None*
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement? *There was a professional relationship with some participants prior to commencement.*
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? *The participants were informed of the thesis' goals*
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? *Interests in the research topic*
Domain 2: Study design		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? *Grounded theory with content analysis*
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? *Direct or undirect inquiry, with maximum variation*
11.	Method of approach	How were participants approached? *Personal asking by face-to-face or e-mail query, or collective asking on a group e-mail*
12.	Sample size	How many participants were in the study? *Twenty-two, 7 focus groups and one individual interview were performed.*
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? *None*
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? *Workplace (hospital or general practitioners' offices.)*
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers? *No one*
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? *The physicians were from Chambéry or Grenoble regions. The median age was 30.5 years old (between 26 and 60). The group consisted of 9 men and 13 women; there were 12 interns and 10 senior physicians; 17 general practitioners and 5 specialists.*

Data collection

17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? *An interview guide was used by the interviewers. Was it pilot tested? It was pilot tested on 3 physicians, prior to the study.*
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? *No*
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data? *Yes, the interviews were recorded in audio, with the participants' agreement*
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group? *Yes, field notes were made during the interview by one of the researcher*
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group? *The median duration was 93 minutes for the focus groups (between 45 and 124)*, and the individual interview lasted for 33 minutes.
22.	Data saturation	Was data saturation discussed? *Yes, it was discussed between the researchers, and confirmed by 2 other focus groups and one individual interview.*
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction? *No*

Domain 3: analysis and findings

Data analysis

24.	Number of data coders	How many data coders coded the data? *The two researchers carried out the data coding.*
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree? *Yes, the coding tree is included in the appendix.*
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data? *They derived from the data.*
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data? *None*
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings? *No*

Reporting

29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? *Yes.* Was each quotation identified? e.g. participant number*? Yes*
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings? *Yes*
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings? *Yes*
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes? *Yes*

Annexe n°3 : Formulaire de consentement

Faculté de Médecine de GRENOBLE

Mlle ORILLARD Cécile et Mlle FEDERICI Raffaella

Information pour participation à une étude médicale

Dans le cadre de notre thèse de Médecine Générale sur « la représentation de la bientraitance par les médecins généralistes, médecins hospitaliers et internes », nous recueillons des données par le biais d'entretiens collectifs (focus group) ou individuels, et c'est la raison pour laquelle nous vous avons contacté.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

•Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
•Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez, sans en supporter aucune responsabilité
•Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions qui vous seront posées
•Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle ; et que si elles devaient être utilisées pour donner lieu à une publication, elles seraient anonymes
•Qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
•Que nous nous tenons à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectuées
•que les enregistrements seront détruits dès la fin des travaux

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur.
Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière anonymisée

En vertu des articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 modifiée par la loi 2004-801 du 06 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès du médecin qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par le médecin de la recherche et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.

Fait en double exemplaire à ..... Le.....
Signature

Consentement de participation à une étude médicale

Je soussigné(e), Monsieur, Madame, Docteur

Prénom..... Nom.....

Certifie avoir reçu et compris toutes les informations relatives à ma participation et :

- consent à participer à l'étude médicale sur « la représentation de la bientraitance par les médecins généralistes, médecins hospitaliers et internes » de Mlles FEDERICI et ORILLARD,

-accepte un enregistrement audio-phonique des entretiens. Celui-ci sera détruit dès la fin du travail.

Cette étude médicale est réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale soutenue par Mlle ORILLARD Cécile et Mlle FEDERICI Raffaella, internes en médecine générale à la faculté de médecine de Grenoble,

Fait en double exemplaire à ..... Le .....

Signature

Annexe n°4 : Arborescence thématique

1) Le concept
    - a) Les prérequis de la bientraitance
        - Non maltraitance
        - Performance médicale
    - b) Valeur soignante
        - Valeur morale commune
        - Omniprésent/ quotidien
        - Global, avec contextualisation du patient
        - Plurielle, qui ne se limite pas aux soins
    - c) Notion nécessitant une temporalité adaptée à la relation
    - d) Les limites du concept
        - Impossible objectif
        - Limite sémantique
            - Peu de conceptualisation
            - Notion personnelle et contextuelle
        - Dichotomie sémantique
            - Entre bientraitance et maltraitance
            - Entre bienveillance et bientraitance
        - Amalgames entourant la bientraitance
            - Amalgame performance médicale et bientraitance
            - Amalgame bientraitance et satisfaction
                - Recherche de satisfaction
                - Recherche d'approbation/séduction
                - Questionnement de cette recherche
                - Biais dans la relation médicale
            - Amalgame maladie et maltraitance
        - Relativité du concept, dissociation des ressentis soignants-soignés
        - Paradoxe d'échelle
            - Entre court terme et long terme
            - Carrefour entre santé publique et santé individuelle
        - Le risque, faire de la bientraitance un critère standardisé

2) Le soignant

a) Les caractéristiques du soignant nécessaires à la bientraitance, savoir-être

Présence, écoute

Esprit critique

Expérience

Poser ses propres limites

Démarche active/posture dynamique

Projection et identification

b) Les limites de la bientraitance du soignant envers le patient

Indisponibilité à la relation

Fatigue

Stress, pression intrinsèque

Facteurs de vie personnelle

Insatisfaction professionnelle

Incertitude médicale

Manque de formation

Acharnement dans le soin

Sentiment d'être maltraité

c) Perspectives envisagées pour améliorer la bientraitance

Garder un questionnement sur la pratique

Identification

Expérience

Formation

Acceptation du système

Prendre du temps, dédier du temps

Implique une certaine « bientraitance personnelle »

Prendre soin de soi

Prendre de la distance

Valorisation

Sortir de la culpabilisation, sortir de l'idéal

d) Importance pour les soignants de la sensation d'être bien traité

Interdépendance entre sentiment d'être bien traité et bientraitance des patients

Le profil soignant et sentiment d'être non bien traité

Hyperexigence

Difficultés émotionnelles du métier

Idée de toute puissance

Conséquence de la sensation d'être non bien traité

Perte de sens/ souffrance au travail

3) Le patient

a) Bientraitance en lien avec satisfaction du patient

b) Facteurs modulateurs de la bientraitance liés au patient

Facteurs liés à la maladie (extrinsèques)

Vulnérabilité

Différence de temporalité

Complexité médicale

Facteurs liés à la personnalité du patient

Exigence du patient, non reconnaissance

c) Le patient, acteur de la « bientraitance des soignants »

Reconnaissance de la part des patients

4) La relation soignant-soigné

a) La relation, prérequis de la bientraitance

Présence, écoute, relation de confiance

Adaptation au patient

Humaniser l'autre

b) Les enjeux de la bientraitance dans la relation soignant-soigné

Accordage, construction commune

Compromis si impossibilité d'accordage

c) Les limites de la bientraitance dans la relation soignant-soigné

Les limites pratiques

Mauvaise qualité relationnelle

Non convergence volonté patient/médecin

Relation financière directe au sein de la relation

Facteur humain, imperfection humaine

Les limites théoriques

Injonction paradoxale normative

d) La modification de la relation, opportunité d'amélioration de la bientraitance

Prise de recul sur les difficultés relationnelles

Améliorer la communication, reformulation

Recadrage

Faire du compromis, co-construire

Evaluation croisée

5) Le contexte

a) Bientraitance et contexte familial

Importance de recontextualiser le patient au sein de sa famille

Equilibre entre bientraitance du patient et de sa famille

b) Bientraitance et contexte de relation d'équipe

Rôle de l'équipe dans la bientraitance du patient

Relation inter soignants, chaine de bientraitance

Préjugés transmis par l'équipe

Manque de cohésion, impacte le patient

Rôle de l'équipe dans la bientraitance du soignant

La non cohésion d'équipe impacte le soignant

Notamment lorsqu'il n'y a pas d'échange

Le travail d'équipe, l'équipe en tant que perspective

Invitation à la réflexion

Réflexion abstraite, autour du concept

Réflexion concrète, débriefing

Permet l'existence d'un relais

c) Bientraitance et contexte institutionnel

Limites pratiques de la bientraitance dues au contexte institutionnel

Carence de temps

Charge de travail, Pression de travail

Logistique, infrastructures inadaptées

Institutionnelle

Liée à l'architecture même de la structure

Dysfonction interne

Multiplicité des acteurs

Absence de relais

Manque de soutien institutionnel

Cadre médicolégal

Impacte directement les patients

Par absence d'anticipation

Par la deshumanisation

Limites théoriques

Injonction paradoxale comportementale

Injonction paradoxale temporelle

Conséquence : sentiment de maltraitance institutionnelle

Réponses proposées à l'échelle institutionnelle

Majoration des ressources

Réponses organisationnelles, cadre structurel

Juste équilibre entre apprentissage et respect

Annexe n°5 : Livret de codes

LE CONCEPT :

1/ les prérequis de la bientraitance :

a) *Non maltraitance*

E4 p1 l5 « L'opposé de la maltraitance »

E4 l13 p1 « premier truc, c'est opposé de maltraitance »

E4 p10 l41-42 « c'est pas la notion de bientraitance qu'on a, mais la notion de maltraitance qu'on a plus, au quotidien... enfin de non maltraitance, du coup... »

E5 p1 l4 « Moi ça me fait penser à non maltraitance, ne pas nuire d'abord… »

E8 16 p1 « C'est essayer de ne pas nuire au patient avant tout »

b) *Performance médicale :*

E1 29-30p5 « après on est dans un métier où il y a quand même du soin, où il y a des actes techniques à faire, et il faut que ses actes techniques soient faits aussi dans le bon cadre »

E1 9-10p9 « si j'avais eu la connaissance et la compétence, dans ce domaine, j'aurais pu faire mieux..., j'aurais pu être bientraitant »

E1 34-36p8 « L'oubli c'est une erreur..., ce n'est pas une volonté. Il y a peu de personnes qui sont réellement maltraitantes à l'hôpital, si l'on entend ça uniquement par une volonté de faire mal (silence). Mais... mais par les erreurs, oui parfois on est maltraitants. (silence) »

E8 P2 l12-13 « c'est vis-à-vis du patient qu'on se sentait bientraitant, quand on voyait qu'il allait mieux, qu'il avait plus ces signes d'hyperalgie, qu'il allait mieux »

E5 20 p3 « et la prise en charge de leur santé, c'est quand même une grosse partie de la bientraitance… »

2/ Valeur soignante

a) *Valeur morale commune : volonté, objectif, le cœur du soin, pilier, omniprésente, sous-jacent au soin, un idéal au centre des préoccupations*

E2 p5l3-7 « Elle est omniprésente de par notre fonction de médecin et on ne peut pas être médecin sans adhérer à ce genre de concept mais pour autant, je n'ai jamais mis de nom dessus et j'essaie de l'appliquer au jour le jour. C'est impliqué, c'est intriqué dans notre fonction de médecin je pense que … (…) J'exprime juste ma personne en tant que médecin, je fais ce qu'il me semble bon en tant que personne, humainement, et c'est comme ça que j'espère être bientraitant… »

E2 p11 l23 « Poser la question de « est-ce qu'on bientraite les gens ? » c'est poser la question de « est-ce qu'on est vraiment soignant ? » »

E2 p11 l30-32 « Et c'est pareil pour tous les soignants, ils veulent soigner ? Ils sont bientraitants ! C'est leur choix, ils n'ont pas fait des études, ils ne sont pas devenus aide soignants ou infirmiers pour être maltraitant et c'est l'essence même de leur travail, d'être au contact de l'humain, et d'essayer de la soigner au mieux… »

E3 44p17 « je ne vois pas dans le monde médical qui n'a pas envie à la base d'être bientraitant »,

E3 38-39p2 « Je pense que tout le monde a envie d'être bientraitant, c'est ce qui nous pousse à faire ce métier »

E4 P16 l28 « T'es pas soignant si t'es pas bientraitant quoi…, volontairement j'entends. Parce que de temps en temps on est maltraitants un peu involontairement, on en a parlé mais… enfin moins bientraitants… »

E5 p3 l24 « Parce que la volonté de faire bien son travail, la volonté de faire du bien aux gens, on l'a tous… » ;

E5 P5 l32 « C'est forcément central, c'est forcément la base de notre boulot… Je ne sais pas quoi dire de plus que c'est le centre… » ;

E5 P9 l8-10 « ça fait partie du contrat il me semble… En fait fondamentalement, la bientraitance ce n'est pas un devoir, c'est juste un sens humain qui fait que l'on fait de la médecine, et que si tu ne l'as pas, tu fais de la mauvaise médecine, si tu n'es pas bientraitant, c'est juste que tu n'es pas un médecin complet, tu n'es juste pas un bon médecin… » ;

E5 P9 l14 « c'est le cœur du soin, et tu n'es pas soignant si tu n'as pas envie d'être bientraitant »

E6 39-40p2 « Parce que si on a choisi de travailler à l'hôpital, au départ, pour la plupart d'entre nous, c'était pour s'occuper de l'autre, de soigner, plus ou moins de guérir »,

E6 43-44p2 « Clairement, je pense qu'a la base, on a tous cette envie de bien faire, d'apporter, d'aider les personnes qui nous consultent, d'apporter des réponses à leur questions »,

E6 51-52p2 « Je pense qu'on est dans la bientraitance dès le début… sinon, on ne fait pas le métier qu'on fait »

E6 43-44p12 « Il y a des choses qui tombent sous le sens, et qui font partie du cortège de valeurs, et je pense que la bientraitance fait partie des valeurs universelles ! »,

E6 5p13 « [la bientraitance est] Un devoir qui s'impose, enfin qui s'impose à nous parce qu'on fait ce métier, sans obligation (silence) »

E6 34p10 « Importante, et en filigrane, c'est joli comme image. C'est sous-jacent de manière permanente [la bientraitance] »

E8 P4 l4-5 « enfin quand tu vas en médecine, c'est quand même que tu as un peu un sens du devoir, du devoir et des responsabilités vis-à-vis de tes patients, et du coup t'essaie, en théorie, par tous les moyens d'être bientraitant »

E3 13p8 « si tu veux être un bon médecin et si tu veux être épanoui dans ton boulot, tu es un peu obligé, enfin tu vas chercher la bientraitance »

E3 20p8 « être bientraitant avec le patient c'est une condition obligatoire »

E6 1p4 « Je pense que c'est un objectif de chaque médecin enfin je veux dire ! [la bientraitance] »

E7 41p4 « Moi je dirais que c'est primordial, c'est quotidien »

E7 46p4 « Moi je pense que ça devrait être, même si ça l'est pas forcément, un pilier important de notre pratique de médecin généraliste »,

E7 1p5 « Ça fait partie intégrante de la consultation, c'est l'essence même de la consultation… »

E3 8p1 « dans l'intentionnalité de la volonté qu'on a d'aller vers le mieux pour son patient »

E3 15p1 « ce n'est pas de la non maltraitance, ce n'est pas juste se contenter de ne pas faire mal, c'est essayer de faire bien »

E6 26-27p4 « De temps en temps, on aimerait avoir des choses plus rapides, on voit bien qu'on n'y arrive pas, mais juste de sentir qu'on est impliqué et qu'on essaie, je pense que c'est déjà être bientraitant… Etre bientraitant je pense ce n'est pas réussir tout ce qu'on fait et … » :

b) *Omniprésent // quotidien // dans toutes les situations*

E2 56 p1 « tout au long de la journée »

E2 55 p4 « et je sais que j'essaie de les appliquer au jour le jour »

E4 40 p1 « enfin franchement…, c'est un peu le quotidien quand même. »

E3 7p17 « c'est sûr qu'on essaye à chaque instant d'être dans la bientraitance »

E4 5-6 p3 « la bientraitance c'est vraiment des situations, enfin tous les jours ça arrive, vraiment, vraiment tous les jours »

E4 35 p10 « que ça devrait être quotidien et pas que sur des maladies graves »

E4 12-13 P10 « on n'y pense pas forcément, mais c'est important de se dire qu'on est pas bientraitant que dans les situations compliquées, et les soins palliatifs, parce que, y'a plein de petites situations qu'on oublie, parce que c'est de la répétition, et je pense... »

E4 61 P16 « Effectivement, c'est, c'est ton quotidien, enfin j'espère qu'on est bientraitants tous les jours quoi, »

E5 28-29 p5 « qu'on essaie de le faire en permanence, »

E7 35-36p3 « Ce que je veux dire, c'est que la bientraitance ou la maltraitance, c'est pas uniquement de la fin de vie, c'est pas uniquement du soin palliatif, ça s'adresse à tout le monde, même à un gamin »,

E7 9-10p4 « mais on peut ressentir la bientraitance dans des situations banales, ce n'est pas hiérarchisé par rapport à l'importance de la consultation »

c) *Global / contextualisation du patient = patient comme sujet*

E1 26p1 « Et on se doit d'être, d'être global dans toutes nos prises en charge »

E1 3p2 « oui enfin oui des situations où j'ai senti que j'avais été que j'avais essayé de voir certains points, de voir le côté psychique et social, douleur, tous ces trucs-là. »

E1 14-15p2 « l'aspect, l'aspect psychologique, l'aspect de la douleur, ce que je disais la prise en charge sociale…, euh la communication avec la famille, avec euh, et c'est difficile d'aller jusque… »

E3 31p3 « c'est moi qui m'en suis occupée le reste de la semaine et ça a permis de faire des explications sur ce qui lui était arrivé, et de mettre en place un peu d'éducation thérapeutique, d'adapter le traitement au mieux par rapport à comment je pensais qu'il allait être observant »

E3 15p1 « c'est une prise en charge globale, une prise en charge qui est adaptée au patient et à tous ses échelons»

E3 17p1 « c'est aussi savoir en tant que soignant prendre ce qui est le mieux mais pas forcément que sur le plan médical… »

E4 p2 l27 « Après, dans la bientraitance, il y a les choses du quotidien comme ça, mais je trouve qu'il y a beaucoup les projets globaux, enfin le projet global du patient »

E5 p4 l21-28 « la bientraitance c'était à la fois de prendre soin du pauvre papinou, même s'il n'est plus trop en état de se rendre compte de ce qui se passe autour de lui, et puis le soin à la famille qui a pu accompagner son proche, comprendre ce que l'on faisait et pourquoi, et surtout ce que l'on ne faisait pas et pourquoi on ne le faisait pas… »

E5 1-2 P5 « permettre à la famille d'être encadrante, en fait être main dans la main avec la famille, dans l'encadrement du patient quoi… »

E6 22-23p1 « La bientraitance ça englobe l'enfant, ses parents, tout son environnement autour de lui, la bientraitance sur son lieu de socialisation, sur la crèche, sur l'école, son avenir… »

E6 26-27p1 « Si on envisage la bientraitance du patient dans sa globalité, c'est sûr qu'il faut aussi l'envisager dans son rapport avec la famille et dans son environnement et pas que se focaliser… »

E8 22 p1 « Une bientraitance à l'égard du patient, ce serait aussi, avec son consentement, une information de sa famille aussi, l'information des soins qu'on lui prodigue, ou qu'on ne lui prodigue pas… »

d) *Plurielle, ne se limite pas au soin*

E1 45p7 « c'est tout ce qui entoure le soin »

E1 24-25p12 « c'est drôle comme y'a plein de trucs auxquels on pense pas forcément, qui font partie effectivement de la bientraitance, et c'est plein de petits détails au final, qui s'accumulent, la bientraitance… »

E3 11p2 « C'est vrai que ce n'est pas quelque chose dont on a l'habitude à l'hôpital, […] mais là [aux soins palliatifs] ils sont tellement encadrés, et tellement soutenus mais vraiment par un tout, et pas juste par une prise en charge médicale, que c'est… bien du coup… »

E3 42p7 « C'est aussi les petits sourires, la convivialité, ne pas prendre les personnes de haut, enfin ce genre de choses… Et je trouve que pour moi c'est tout ce qui fait la bientraitance »

E4 42 p1« c'est des petits trucs tout bête »

E4 24-25 p9 « c'est des petites choses hein, mais tu peux toujours je pense, faire des petites choses pour, améliorer la prise en charge de ton malade »

E5 12 p9 « après il y a les petits détails de frapper aux portes et autres… de respecter l'intimité du patient »

E5 p9 l33 « quelque chose qui est presque comme l'ambiance générale qu'on essaie de mettre dans le soin et dans l'intention envers les personnes »

E6 29p6 « La bientraitance c'est aussi, j'y pensais, là, tu as dit quelque chose qui me faisait penser à ça… Mais c'est aussi d'avoir pour les patients hospitalisés, des moments de convivialité je dirais…qui les font sortir un peu de ce qu'ils vivent au quotidien au fond de leur lit à l'hôpital… »

Cadre d'évolution E7 29-30p5 « Et donc il faut quand même que cette bientraitance ne soit pas une finalité en soi, il faut qu'elle soit tout simplement le cadre dans lequel tu aies envie d'exercer et d'évoluer. »

3/ condition requise : une temporalité adaptée à la relation

E2 28-29 p1 « t'as pas trop le temps, mais tous, pas que nous, donner un verre d'eau, s'occuper vraiment des gens, prendre le temps d'expliquer en prenant le temps »

E2 45-46 p1 « t'as plus de temps, tu peux parler de leur maladie, tu peux répondre à leurs questions, leur dire comment ça va se passer, le traitement, pourquoi comment »

E2 45-46 p3 « Du coup, des fois de prendre 5 à 10 minutes, juste de les laisser parler, des fois sans leur couper la parole... »

E4 5 P7 « quand t'as pris le temps, d'écouter la famille, d'écouter la patiente… »

E4 4-5 p3 « prendre le temps de réexpliquer aux malades ce que tu as expliqué en mots médicaux au téléphone quoi »

E4 19 p1 « faut prendre le temps »

E4 35 p3 « Je pense qu'il faut prendre du temps pour être bienveillant, c'est obligatoire d'avoir... du temps. »

E4 3 p10 « j'ai vraiment pris le temps de faire ça bien »

E4 29-30 P10 « quand on y passe plus de temps, et ben forcément on est un peu plus satisfaits, »

E4 19-20 P1 « respecter la temporalité du patient c'est hyper important, son rythme, parce que nous on est dans notre truc tac tac, et en fait eux, ça leur tombe dessus, faut prendre le temps, et c'est pas forcément facile, quand on est dedans, pour nous, aussi. »

E5 p3 l26-27 « Donc pouvoir passer du temps pour expliquer à un patient, voilà, ce que je disais tout à l'heure, pourquoi il est là, ce qu'il attend… »

E5 14-15 p3 « Par contre, je pense que le patient, en tout cas c'est le retour que j'ai de mes patients, ils jugent qu'on est bientraitant à partir du moment où on a passé du temps avec eux… »

E5 23 p3 « Oui moi je pense que le temps, le temps qu'on a c'est un des critères majeurs de la bientraitance… »

E5 27 p3 « Donc pouvoir passer du temps pour expliquer à un patient, voilà, ce que je disais tout à l'heure, pourquoi il est là, ce qu'il attend… »

E6 28-31p2 « Et de temps en temps, juste le manque de temps qu'on a pas à accorder parce qu'on est dans d'autres taches, ça peut être le début de la mal..traitance… en tout cas de la non bienveillance quoi… »

E7 8 p2 « La bientraitance c'est prendre le temps de faire les choses »

4/Limites du concept :

a) Impossible objectif

E1 43-45p1 « pleinement satisfait, euh, non, enfin je sais pas j'ai l'impression que plus on essaye d'être justement, d'être global, plus on a ce sentiment d'oublier, d'oublier des choses, enfin de, plus on cherche à être parfait dans notre prise en charge plus on se rend compte de toutes les imperfections en fait. »

E1 4-5p2 « Mais j'avais essayé de voir quelque chose de global mais a posteriori je me suis rendu compte que j'avais oublié pas mal d'aspect aussi quoi, enfin, pas mal de détails »,

E1 42-43p2 « les situations qui sont plus complexes, les personnes avec plusieurs problèmes, le souci c'est que, seul en tout cas on est incapable de faire, d'atteindre la perfection dont tu parles je pense »

E1 18-19p5 « Donc, c'est une grosse partie, c'est une grosse partie de mes journées, de mon travail, mais parfois je me dis que je pourrais faire… faire encore mieux et faire bien plus en fait, et pouvoir le proposer à tout le monde. »

E2 p5 l13-14 « Que respecter l'autre, essayer de l'écouter, essayer d'écouter ses besoins je pense qu'on essaie tous de le faire, après dire qu'on y arrive à chaque fois ...

E2 P5 l29 « On essaie de faire au mieux quoi… »

E2 p5 l16-17 « On fait un petit peu tous les jours, et comme on est des humains, il y a des jours ou on le fait un petit peu moins, des jours ou on le fait un peu mieux…ça dépend comment on est, si on est fatigué, un petit peu énervé. Mais on essaie, on l'a toujours en tête… »

E3 19p2 « Mais je pense qu'à part les soins palliatifs ou c'est comme ça, il n'y a quand même pas beaucoup d'endroit, en tout cas à l'hôpital public, ou on arrive à être bientraitant en global… »

E3 8p7 « Ce n'est pas un truc ou je pense qu'il faut aller rechercher la bientraitance systématiquement pour chaque patient, parce que je pense qu'on n'y arrivera pas, parce que ça dépend aussi de la personne que tu as en face… »

E3 9p7 « Et déjà faire le mieux possible, en étant le plus à l'écoute possible, en répondant le plus possible aux besoins des patients, c'est déjà une bonne chose, et après… »

E3 23-24p2 « c'est qu'on arrive pas à faire aussi bien que ce que l'on voudrait… enfin je pense qu'être bientraitant, c'est pas forcément être idéal mais …des fois on se rend bien compte qu'on a pas le temps de répondre à toutes les questions du patient par manque de moyens, temps… »

E3 9p17 « mais l'objectif global c'est toujours d'être bientraitant, mais par moment on ne peut pas, et il ne faut pas perdre de vue l'objectif final… »

E5 p1 l6-7 « ça me fait surtout penser à un objectif qu'on aimerait atteindre, mais qui est toujours difficile avec les contraintes, de temps de pathologie d'environnement, de flux, de tout ça… »

E5 p1 l44 « on essaie de ne pas être dans la maltraitance même si, pour être dans la bientraitance c'est quand même plus compliqué. »

E5 p4 l6 « je n'aime pas le terme de pleinement satisfait, parce que voilà, on ne l'est jamais »

b) Sur le plan sémantique :

1/ Peu de conceptualisation : application intuitive, spontanée mais sans savoir la définir

E2 1 p5 « enfin, le nom « Bientraitance » au-dessus de tout ce que je fais elle est inexistante parce que je ne pense pas à ça quand je fais ma pratique de tous les jours, mais je sais qu'elle est omniprésente »

E1 44p4 « elle est toujours là, mais sans y penser en fait. »

E2 5-6 p5 « Enfin elle est omniprésente sans pour autant être labellisée avec un nom, des objectifs et des frontières quoi… »

E2 27 p5 « enfin j'y réfléchis pas activement, mais j'essaie juste de m'occuper des gens, d'être humain avec mes patients, de respecter leurs droits »

E3 34p7 « Je pense qu'elle occupe une place primordiale sans que l'on s'en rende compte… »

E4 45-46 p10 « Mais après, moi je trouve que quand même, on y pense tout le temps, enfin j'espère... mais pas ce mot quoi. On va dire l'idée »

E4 41-42 p15 « si à chaque fois tu disais « attends, faut que je sois bientraitant, je me concentre, ou là la attention », c'est horrible quoi ! »

E6 20-21p10 « effectivement en filigrane il faut qu'on soit bientraitant, mais c'est une notion un peu transversale, je me suis jamais dit : mon objectif, c'est d'être bientraitant… »

E6 37p2 « en venant, je me disais « bon alors, la bientraitance, qu'est-ce que c'est pour moi ? » et en fait je me dis que ce n'est pas forcément quelque chose qui a besoin d'être réfléchi… En tout cas, j'ai la naïveté de penser que ce n'est pas forcément quelque chose qui a besoin d'être réfléchi, et que ça doit être quelque chose qui doit un petit peu couler de source entre guillemets… »

E7 48-49p4 « Moi je vais vous choquer, mais ça n'occupe aucune place…. Parce que c'est naturel. Je ne pense jamais « est-ce que je vais bientraiter, ou maltraiter ? » »

E7 14p5 « Idéalement, un bon praticien, ça doit être dans son objectif quotidien sans même y réfléchir… »,

E7 16-17p5 « C'est pas intellectualisé ! C'est la première fois qu'on en parle, aujourd'hui ! Alors qu'on la pratique au quotidien ! »

E7 19-20p5 « Non mais là, on est en train de réfléchir sur des choses que l'on fait presque de façon reflexe ! D'ailleurs ça peut biaiser, si tu intellectualises trop les choses… Des fois il faut faire les choses comme on le sent»

E8 21 p2 « Mais c'est vrai qu'on l'aborde pas souvent sous l'angle de la bientraitance, ce n'est pas sous ce nom-là qu'on l'utilise entre nous, »

2) sachant que le concept est tellement personnel et contextuel qu'il n'est ni évaluable, ni reproductible = une impossible définition

E1 43-44p12 « Je pense, pour les raisons que t'avais dit, c'est que les problèmes sont tous… où est-ce qu'on arrête la bientraitance, à partir de quand on considère qu'on est dans la bientraitance ? Donc du coup qu'on peut s'arrêter là ? »

E1 6-7p13 « par enfin ce que tu es, par toute ton expérience… professionnelle, humaine… donc t'as plein de manières d'être bientraitant, on va pas du tout avoir la même, le même exercice, et pourtant y'en aura pas… enfin ils seront pas comparables. »

E2 p11 l41 « Je pense qu'il y a cent mille manières d'être bientraitant et qu'il n'y a pas … «

E2 p11 l43-44 « c'est des concepts assez vagues et chaque situation, chaque soignant va être bientraitant à sa manière, au moment T comme il le peut. Mais c'est … Il n'y a pas une bientraitance, il y a nos bientraitances, et du coup on ne peut pas la juger, on ne peut pas l'évaluer »

E5 p9 l32-33 «c'est quand même compliqué d'évaluer quelque chose comme ça, quelque chose qui est presque comme l'ambiance générale qu'on essaie de mettre dans le soin et dans l'intention envers les personnes »

E6 37p8 « un chirurgien, un dermatologue : ils ont forcément une notion de la bientraitance, mais comment ils la définissent ? Parce que c'est propre à chacun finalement. »,

E6 15p13 « C'est pas assez quantifiable… (silence) Enfin, j'espère que ça ne le saura jamais ! « Là, tu as été bientraitant à 8/10 ! » (rires) »

E7 19p2 « : Il n'y a aucun équivalent à mon avis, il n'y a que des situations, et à chaque situation tu as une réponse particulière. La bientraitance n'est pas forcément une bienveillance, et une bienveillance n'est pas forcément une bientraitance. Et une maltraitance n'est pas forcément une bienveillance et inversement… Ce que je veux dire, c'est que chaque mot n'aura sa place que dans un contexte particulier. Il n'y a pas d'équivalent… »

E7 35-37p5 « C'est un concept qu'on peut préciser avec des mots, des définitions, mais après, dans la réalité de la relation humaine, il se joue bien d'autres enjeux qu'on ne perçoit pas forcément intellectuellement, mais qu'on ressent, mais sans forcément pouvoir l'expliquer. »

E8 p3 l31-32 « consentement mais ça je te dis, c'est vraiment très individuel comme sentiment… »

3)Dichotomie sémantique

**Lien avec maltraitance*

E1 34p3 « à l'opposé de la bientraitance, tu mets tout de suite la maltraitance »

E1 48-49p12 « Parce que tu te dis…, à l'inverse…, bah si t'es pas bientraitant…, est-ce que t'es malveillant, du coup ? Est-ce que tu es maltraitant… ? »

E3 17p11 « Et ce n'est pas parce qu'on n'arrive pas à faire cette prise en charge idéale qu'on est forcément maltraitant… »

E3 21p6 « Et dans ces cas-là, je ne me considère pas comme maltraitante pour autant, mais je vais faire juste mon job… »

E3 41p10 « mais il n'a pas ressenti ça comme étant maltraitant, il a compris qu'elle avait plein de chose à faire et il se met aussi à la place de ça… (…), tu n'es pas forcément maltraitant, dans la maltraitance parce que tu ne fais pas une prise en charge… »

E4 p10 l41-42 « surtout c'est pas la notion de bientraitance qu'on a, mais la notion de maltraitance qu'on a plus, au quotidien... enfin de non maltraitance, du coup... »

E4 p10 l45 « c'est rare qu'on dise le mot bientraitance, le mot maltraitance, par contre, on en entend beaucoup parler. »

E4 P16 l28-29 « Parce que de temps en temps on est maltraitants un peu involontairement, on en a parlé mais… enfin moins bientraitants… »

E5 p1 l44-45 « et le plus souvent, on essaie de ne pas être dans la maltraitance même si, pour être dans la bientraitance c'est quand même plus compliqué. »

E5 p6 l4 « enfin on ne se sent pas bientraitant, on se sent non maltraitant »

E5 p5 l45-46 « Et puis il y a des patients avec qui on ne se sent ni bientraitant ni maltraitant, mais en fait ou on est plus dans le fait de se dire « on essaie de ne pas être maltraitant », »

E5 p7 l45-46 " Dans ce cas-là, je ne suis pas dans la maltraitance, je ne suis peut-être pas non plus dans la bientraitance »

E6 2-7p5 « C'est pas blanc et noir quoi ! C'est … Le contraire de bientraitance c'est pas maltraitance quoi ! Il y a tout un gap entre les deux quoi ! C'est vrai que c'est toujours un peu gênant parce que dès qu'on dit qu'on est pas bientraitant, on a l'impression de maltraiter les gens et je pense qu'on est quand même pas dans ce domaine-là, et qu'il ne faudrait pas opposer les deux mots… Il y a quand même tout un continuum et tout ça, et le but c'est de tendre à une bientraitance totale et tout ça, mais que, oui, on fait tout, on se donne les moyens et tout ça… »

**Lien bientraitance / bienveillance*

E3 44p14 « Mais être bientraitant, ce n'est pas être bienveillant ? »

E6 6-8p5 « En tout cas je pense qu'il y a une différence au moins sémantique entre bientraitance et bienveillance… Peut-être que la bienveillance c'est déjà se mettre dans les conditions de bientraiter… Et bientraiter c'est l'action… »

c) Amalgames

1) Amalgame performance médicale / bientraitance

E3 17-18p1 « c'est aussi savoir en tant que soignant prendre ce qui est le mieux mais pas forcément que sur le plan médical… »

E3 33-35p5 « : je pense qu'il y a une notion de résultat médical dans la bientraitance… Est-ce que ça devrait ? Parce que nous on est un peu dans ce registre là… Je sais bien qu'en tant que médecin, le but c'est de soigner la personne mais est-ce que c'est le plus important en fait dans notre prise en charge ? «

E3 35-36p1 « on est fait pour soigner, et pour guérir, et que vraiment le décès, c'est compliqué à gérer en tant que médecin »

E3 22p5 « j'ai eu l'impression d'être bientraitante alors que j'allais vers son décès directement et ça a été… »

E3 29p18 « tout ça crée un environnement favorable alors que les décisions médicales ne vont pas du tout dans ce sens-là… Ça crée une situation de bientraitance alors que toutes les situations sont par elles même tellement maltraitantes et horribles, horrible en soi… »

E3 8-9p1 « dans l'intentionnalité de la volonté qu'on a d'aller vers le mieux pour son patient et pas dans l'optique de résultat ou qui guérisse absolument »,

E3 20-22p11 « Pour moi, c'est encore la différence entre la performance médicale, les résultats et le reste de la prise en charge qui compte aussi… »

E3 l21p4 « Alors que je trouve que dès fois c'est plus facile d'être maltraitant et d'envoyer à l'hôpital… enfin ce n'est pas forcément que de la maltraitance, mais pour nous c'est plus confortable en se disant « c'est bon, ce n'est plus mon problème ! » Mais après moi je me sens maltraitante quand je me dis que je l'ai envoyé pour… »,

E3 40p8 « Où le petit, tu te dis est-ce qu'il est bien et qu'il peut attendre sa biologie demain matin ou est-ce que tu l'envoies direct faire… voilà, c'est tous ces trucs-là en fait… »

E4 P9 l59-61 « ça je pense qu'il faut mettre à part, mais de temps en temps c'est difficile de dissocier : de pas avoir réussi à trouver le bon diagnostic, de pas avoir réussi à améliorer les choses, de rester dans une situation précaire, chronique, grabataire, mais ça c'est pas de ta… enfin c'est différent mais j'arrive pas trop à faire la distinction quoi… Si les gens sont malades, c'est pas de notre faute, mais de temps en temps, on est contents quand ils guérissent quoi… »

E7 30-32p4 « Pour beaucoup de gens, je suis pas sûr que la bientraitance, dans leur esprit, ça veule dire être bientraité -j'entends guéris-. La bientraitance, c'est « j'ai une problématique, est-ce que tu es prêt à écouter ma problématique et est-ce que tu es prêt à répondre à une demande ? »

2) *Amalgame bientraitance / satisfaction du patient*

**Recherche de satisfaction*

E3 1p13 « être toujours dans la requête du merci, du sourire, du plus… »,

E3 16-17p4 « Du coup il m'a renvoyé je pense une espèce de bientraitance, et c'est agréable… »,

E3 14-16p6 « Encore une fois pour moi, être en accord avec l'impression que je fais pour le mieux, du coup c'est forcément ce que le patient me renvoie, pas forcément ce que je fais de mieux mais c'est mieux pour lui parce qu'il le dit à travers ses mots »

E2 p3 l27-28 « c'est vrai que là, on ne parle que de notre point de vue mais au final, la bientraitance ce n'est pas à nous de la juger, c'est au patient quoi... B1 : Et ils n'attendent pas la même chose que nous de l'hospitalisation ou... »

**Recherche d'approbation/séduction :*

E3 3p8 « en fait tu fais le truc et ce que tu vas chercher parfois c'est un peu le merci… Et en fait parfois, tu aimes bien aussi te faire brosser dans le sens du poil… »

E2 P4 l31-32 « Et puis vouloir centrer toujours la bientraitance sur l'avis et sur ce que veut le patient, c'est bien mais je ne suis pas sûr que ce soit ça non plus la bientraitance... »

E2 p4 l6-8 « il est pas forcément content, mais pas forcément maltraité non plus ... enfin je ne sais pas si la bientraitance implique le bonheur du patient non plus quoi...Il faut qu'il soit d'accord avec ce qu'on lui fasse, et qu'on lui fasse bien après je ne sais pas si cela veut forcément dire qu'il soit content ... »

E3 26-27p6 « Il est comblé si tu as le sourire, mais finalement est-ce qu'on ne répond pas quand même à la définition et à la bienveillance si tu as fait ton travail comme il faut ? Je n'ai pas la réponse mais…si son besoin c'était d'être rassuré et d'avoir le médicament en question… » ;

E3 24p12 « mais est-ce que tu ne peux pas seulement être bientraitant avec quelqu'un sans lui sourire ? »,

E3 30p12 « Ce n'est pas parce que tu n'es pas jovial avec quelqu'un que tu ne l'as pas bien soigné et que tu n'as pas répondu à ses questions… »

E3 34-35p15 « Je pense que le patient ne vient pas là pour être content… » ;

E6 35-38p3 « En fait il ne faudrait pas confondre la bientraitance et le ressenti positif du patient, je ne suis pas sûr que c'est la même chose quoi… Je ne sais pas si le patient qui dit « je suis content de mon hospitalisation » ça veut forcément dire qu'il est bientraité… Et au contraire, celui qui dit « c'était tous des nuls, ils n'ont pas trouvé ce que j'avais » je ne sais pas si il a été maltraité, ou si il a été moins bientraité… »

E7 37-39p5 « Donc c'est pas forcément la bientraitance, la notion de ce que ressens le patient, c'est aussi ce que nous on ressent dans ce qu'on apporte au patient, dans le cadre de notre réflexion, de notre consultation, et voilà, pas uniquement l'échange « merci, vous êtes formidable… » »

**Biaise la relation médicale*

E3 34-35p8 « Ça dépend ce qu'on appelle bientraitant, mais dès fois il y a des patients qu'on aime bien, et ça nous fais chier de leur faire faire un truc et du coup comment tu places la bientraitance là-dedans ? »,

E3 41p8 « Ou des fois, tu n'oses pas annoncer la mauvaise nouvelle, tu n'oses pas être trop pessimiste, tu dis « ça va aller ! » et tu te dis « pourvu que ça aille, pourvu que le résultat soit bon… » parce que tu n'as pas envie d'être l'annonciateur de mauvaises nouvelles… »

E3 40-41p13 « Si je pense qu'il n'y a pas eu un beau relationnel c'est qu'il n'y a pas eu un beau relationnel et je ne vois pas trop comment le patient peut se sentir bientraité sans ce beau relationnel… »,

E3 23-25p15 « Il faudrait qu'il y ait comme dans les gares, un truc avec des smiley… Et là on est sûr que… ET quand tu prends 3 rouges de suite… Tu arrêtes de sourires… C2 : Et tu as le pourcentage de satisfaction accroché sur ton cabinet »

E3 22-24p17 « A force de tirer vers une obligation de bientraitance, on serait vraiment dans une relation de séduction, dans la séduction du patient pour essayer de lui plaire, et comme tu dis, de ne pas faire au mieux de notre accord sur la prise en charge strictement médicale selon nos critères un peu objectifs… » ;

E3 25-29p17 « Et justement, si c'était évalué par le patient, j'ai l'impression qu'il faudrait essayer de le séduire, comme la petite image de smiley satisfait/ non satisfait… Et ce que nous on sait de mieux pour le patient, lui ne le sait pas forcément, donc il évaluerait peut-être la bientraitance au fait qu'on lui ait fait des grands sourires, on qu'on serait allé dans son sens, j'imagine, dans la plupart des cas, et non pas ce qui a été le mieux pour lui… »

E7 24-25p5 « Parce que, si tu veux, à vouloir être trop bientraitant, ça veut dire que tu pourrais vouloir dire 'amen' à tout ce que te demanderais le patient, et il ne faut pas que ce soit ça, parce qu'au bout d'un moment, on devient trop fragile… C'est-à-dire qu'à vouloir être trop bientraitant, on ne sait plus se protéger et on fait tomber un peu nos limites. »

E7 40p5 « Non, [la bientraitance] c'est pas vouloir faire plaisir au patient, non »

3) *Amalgame maladie / maltraitance*

E2 p4 l11-13 « : tu peux être en accord avec la prise en charge et comprendre ce qu'il t'arrive sans pour autant être content de ce que tu vis quoi...enfin, tu es malade, tu as des examens à passer, tu as des choses à endurer, c'est pas agréable, tu n'es pas content mais pour ça n'a pas été fait en maltraitant le patient quoi... »

E2 p4 l15-17 « à la fin il peut avoir le sentiment d'être pas content, mais parce que il est pas content de sa pathologie, il est pas content de son état somatique, psychique qui en résulte, mais pour autant toi tu as fait probablement ce qu'il fallait faire, tu l'as fait bien mais il est pas content quoi, donc est ce que c'est vraiment le bonheur du patient qu'il faut prendre en compte je ne sais pas quoi... »

E2 p11 l21-22 « on ne respecte plus forcément leur liberté mais ça fait partie de la maladie déjà d'être privé de certaines liberté, de certains besoins… Et a quoiqu'on fasse, qu'on les soigne ou qu'on ne les soigne pas, ils seront maltraités »

E2 p4 l24-26« des fois on n'a pas le temps pour ses besoins, et des fois on les respecte pas et c'est volontaire... on les met à jeun, on les restreint sur la boisson, parce que ça fait partie d'une démarche thérapeutique... et en vrai ça on leur demande pas trop leur avis non plus...On les prive de leurs besoins, alors est ce que cela veut dire que l'on est maltraitant, on leur explique, mais … «

E2 p4 l28-29 ; p4l31 « il y a forcément un moment où on va pouvoir passer par une privation de droits et de libertés, je ne sais pas à partir du moment où tu es hospitalisé, tu es privé de ta liberté de sortir de l'hôpital c'est aussi simple que ça (…) Donc est-ce que juste de mettre le pied dans l'hôpital ça veut dire qu'on est maltraitant je ne suis pas sûr… »

E5 p9 l 35-36 « Pour être compétent parfois on ne peut pas être bientraitant, il y a des examens que tu imposes aux gens qui ne sont pas de la bientraitance, mais parce que tu n'as pas le choix… »

d) *Relativité du concept, une dissociation des ressentis et donc de l'évaluation, du jugement = une définition plurielle*

E7 19p3 « Donc en vérité, je pense que la bientraitance ou la maltraitance, c'est pas la représentation que l'on se fait de ce qui est bien et de ce qui n'est pas bien, mais c'est si on est en adéquation avec ce qu'attend le patient… Donc on ne peut pas dire « il y a du bien, il y a du mal », tout est bien, ou tout peut être mal… »

E1 41-43p9 « On peut être... vouloir être très bientraitant et au final..., être, être très... très nocif pour un patient je pense..., notamment quand on veut faire trop de soins. (silence) Et c'est pas, c'est pas l'intention qu'on y met qui fait qu'on est maltraitant ou pas, je pense, c'est comment le patient le ressent, plus... »

E1 14-18p13 « Donc la question c'est aussi : où est ce qu'on place la définition de la bientraitance : du point de vue du médecin et de ce qu'il fait, de son intention, auquel cas on a un risque de se planter, quand même derrière, mais d'un côté c'est plus… enfin… le médecin a encore emprise sur quelque chose. OU alors sur l'impression du patient, et auquel cas, c'est plus de la capacité du médecin… de pouvoir dire… enfin, ça sort de ses, de ses capacités. C'est-à-dire que lui il ne peut que vouloir faire bien…, mais derrière ça peut ne pas marcher »

E2 p2 l35 « C'est vrai que souvent, quand les gens ils te remercient ce n'est pas là ou t'as l'impression d'avoir brillé ou d'avoir vraiment fait un truc de ouf quoi... »

E2 p3 l30-32 « il y a aussi la bientraitance vécue par le patient et aussi peut être par la famille... ou tu dis, si tu as résolu le problème, peut être que le patient n'était pas content de comment cela s'est passé à l'hôpital, mais tu l'as soigné, du coup peut être que la famille va te dire "merci, c'est génial ce que vous avez fait " et le patient à côté "non, j'ai pas du tout aimé" »

E2 p3 l24-26 « Mais c'est difficile parce que je pense que tu peux faire des trucs qui sont dans la bientraitance sans que le patient soit très... enfin tu peux le bientraiter et qu'il ne soit pas très content d'être à l'hôpital. Ça n'empêche pas... Et à l'inverse aussi, tu peux être content de toi et être maltraitant sans le vouloir quoi... »

E2 p3 l34-35 « Enfin comme tu dis, je pense que c'est notre point de vue, leur point de vue, le point de vue de la famille, et après il y a encore tous les autres médicaux et paramédicaux qui rentrent en compte... «

E2 p11 l46-48 « Non, qui peut se permettre de juger ça ? Personne ! Je pense que, à part le patient, personne… Et encore que comme on l'a vu, on peut faire une bonne prise en charge en étant bientraitant sans pour autant qu'il soit content, donc lui non plus, il ne peut pas forcément toujours bien juger quoi… »

E3 32p2 « c'est ce qui est un peu bizarre, c'est qu'on a l'impression de ne pas avoir fait bien, ou de ne pas avoir fait suffisamment bien pour le patient, et lui, il part en étant tout content… »

E3 5p5 « Tu vois si tu fais une HO, pour le patient ce sera forcément un sentiment de maltraitance, alors que toi ce sera un sentiment de bientraitance parce que tu as pensé faire au mieux »

E3 45p6 « Donc on a peut-être un regard sur la bientraitance que nos confrères, nos collègues dans leur façon de prendre en charge les patients, s'ils sont bientraitants ou maltraitants on peut quand même le dire… c'est toujours subjectif mais… »

E3 52p12 « le médecin lui-même me disait « ce patient, je ne sais pas pourquoi il continue à venir me voir » Et le patient était content de sa prise en charge ! Et le médecin, lui, non ! »

E4 p13 l6-7 « Toujours le mieux possible, ouais. Mais selon mon point de vue, qui n'est pas forcément le mieux au final pour le patient, tu vois selon les exigences que moi j'ai appris, pour que ce soit bien quoi. »

E3 26p15 « Je pense que tu ne peux pas faire autrement que de te baser sur le ressenti que tu as du ressenti du patient… »

E3 2-3p16 « mais ton ressenti est important… Des fois tu sens que tout se passe bien, et puis tu sens qu'il y a un truc qui ne colle pas, tu ne sais pas pourquoi, et ça c'est un ressenti qui ne trompe pas non plus… »

E5 p9 l38 « Sans compter que la bientraitance que nous on estime mettre n'est pas forcément perçue… »

E5 p2 l19-21 « où être dans la bientraitance pour le patient serait vraiment de la maltraitance pour l'entourage. Et cette balance de savoir, enfin on soigne le patient certes, mais c'est l'entourage qui reste derrière »

E5 p2 l2 « Et puis on voit bien que c'est impossible, c'est inentendable, et que de toute manière, c'est maltraitant pour la famille… Et finalement, on choisit d'être bientraitant pour les personnes qui restent et pas pour la personne qui va décéder… »

E3 5p5 « pour le patient ce sera forcément un sentiment de maltraitance, alors que toi ce sera un sentiment de bientraitance parce que tu as pensé faire au mieux … »,

E3 45-46p5 « ce sont des cas où on était content, et on pense que le patient était content… Je dis ça un peu de biais mais… et puis c'est compliqué à évaluer la bientraitance pour le patient… »,

E3 33-34p13 « c'est ce que l'on dit de l'évaluation de la bientraitance, il y a des gens, tu ne pourras jamais être bientraitant avec la personne, ça dépend de comment va être fait le questionnaire »,

E3 26 27p15 « tu ne peux pas faire autrement que de te baser sur le ressenti que tu as du ressenti du patient… A moins que tu donnes une fiche à remplir à tout le monde mais après, ça perd tout… »,

E3 16-17p15 « C'est toujours là où est la question en fait, ou est la satisfaction pour nous, ou est la satisfaction pour lui, et laquelle est la plus importante ? Et je ne pense pas qu'il y en ait une qui soit plus importante que l'autre… »

E3 20-21p17 « Je pense que même les patients ne peuvent pas y répondre, que nous on ne peut pas y répondre, en plus je pense qu'on a tous été patients … C'est que nos attentes sont floues… »

E5 p10 l2-6 « Leur vision de la bientraitance, là, elle va être toute relative… alors que vu de mon côté, médicalement ça a été parfait, relationnellement on y a passé un temps fou, on a laissé toute la famille aux mains de la sœur qui est arrivée après coup qui a géré toute la situation et qui est vraiment un aidant de poids… et ou je me suis dit « là on était bon, là ce n'était pas mal » … Et du coup, la bientraitance, là c'est pareil, comment tu l'évalues, de quel point de vue tu l'évalues, une famille qui n'entendent pas forcément les mêmes raisonnements que nous… »

E6 32p3 « Se dire que nous on a l'impression d'avoir été bientraitant et on se dit que le patient a dû se dire la même chose et en fait … »,

E6 41-42p3 « c'est peut-être un peu parce qu'on ne comprend pas en fait, c'est un peu contradictoire, on est un peu dans une communication, et on ne comprend pas ce que les gens veulent… On pense avoir répondu à leurs questions et en fait, on est à côté de la plaque… »

E7 21-22p4 « Effectivement, on interprète la bientraitance en fonction de nos référentiels et ce qu'on pense nous, mais on peut penser être bientraitant avec quelqu'un, mais on ne sait pas ce que la personne a ressenti, et donc on peut se tromper ! On peut avoir l'impression d'être bientraitant comme il faut, et la personne peut avoir un ressenti tout à fait différent »,

E7 24p4 « Si par exemple il y a un diagnostic qui lui déplait, ou qui l'inquiète… même si toi tu peux avoir l'impression d'avoir présenté les choses de la façon la plus bienveillante possible, lui peut ne pas se sentir bientraité… »

e) Paradoxes d'échelle

1) Entre le court terme et le long terme

E3 L39p16 « Des fois, il faut un peu secouer les patients pour atteindre un but global de bientraitance… »,

E3 12-14p16 « Je me suis dit que vu son attitude et vu son comportement, il fallait un peu que je lui rentre dedans, après ce n'était peut-être pas la bonne solution mais je savais qu'il fallait que je lui rentre dedans… »,

E3 4-6p17 « Il y a des moments je pense ou la bientraitance passe après, ou la bientraitance s'évalue après aussi… C1 : en globalité C3 : pas à un instant T »,

E3 8-9-10p17 « mais l'objectif global c'est toujours d'être bientraitant, mais par moment on ne peut pas, et il ne faut pas perdre de vue l'objectif final… Et si l'objectif final c'est la bientraitance du patient à l'instant T, et bien tant pis pour la bientraitance quoi ! »

E7 13-16p2 « Mettre quelqu'un sous contention avec des barrières, ou attaché au fauteuil, mais c'est de la maltraitance ! Or dans le contexte, ça peut justement venir de la bienveillance qui serait donc de la bientraitance, pour éviter que les choses s'aggravent. Donc, pris isolément, une vision uniquement « spot » de la situation, un élément de maltraitance peut être un élément de bienveillance. »

2) Notion au carrefour santé publique/ santé individuelle

E2 p6 l45-46 et p6 l50-52 « et tu sais que tu es maltraitant pour le patient mais sauf que à chaque fois, c'est pour une vision globale… en fait il n'est pas seul à l'hôpital (…) Il y a l'institution qui t'oblige pour que ça puisse être viable, pour les autres… Pour être bientraitant pour les autres, tu es obligé d'être maltraitant pour un donc c'est… C'est difficile à accepter mais c'est monnaie courante !»

E2 p7 l58-60 « et c'est comme d'habitude, pour le bien être des équipes et des autres patients, et bien on le met à part quoi…On est maltraitant pour être bientraitant pour les autres quoi… »

E2 p6 l60-61 « ce genre de décisions, elles ne sont pas centrées sur le patient, enfin elles sont vraiment centrées sur les équipes paramédicales qui sont très demandeuses, mais c'est aussi de par leur métier quoi… qui leur oblige à devenir maltraitant aussi à leur niveau quoi… »

E2 p7 l7-8 « c'est plutôt un traitement pour les soignants que pour les patients… C'est plutôt pour la Bientraitance des soignants … »

E4 p2 l4-5 « les infirmières elles ont l'habitude de faire leur tour de médicaments à 8h, si le patient il est pas réveillé, bah… tu t'adaptes mais dans la mesure du possible quoi »

E4 p2 l9-10 « Mais en même temps, c'est compliqué de, parce qu'il faut, y'a toute l'organisation derrière, mais c'est hyper violent, moi je trouve qu'on est hyper violents quoi… »

E4 p2 l14-15 « c'est la désorganisation, tu peux pas t'adapter à chaque patient personnellement, enfin… c'est difficilement faisable, mais… » ;

E4 p2 l21-22 « c'est vrai en service, tout est fait pour que à 9h, quand j'arrive, j'ai tous mes résultats, que je puisse commencer, et c'est super pratique pour nous quoi, en même temps c'est… ça pourrait être revu mais c'est difficilement organisable autrement actuellement, et puis… »

E4 P11 l18-19 « Parce que tu fais avec les contraintes organisationnelles du service, avec le fait que l'infirmière elle soit toute seule, et qu'elle est débordée aussi, et puis les autres aussi... Pour être bientraitante avec les autres... »

E4 P11 l24-25 « même si c'est pas satisfaisant pour toi, au niveau de ta prise en charge, mais que, voilà, si il était tout seul, dans sa maison, ça gênerait personne, mais comme il est à l'hôpital, et qu'il va déranger les voisins, au milieu de la nuit, »

E5 P3 l22-23 « Et par contre comme on en voit beaucoup, et comme on va vite quand on voit chacun, forcément, quand on sort il y a une espèce de frustration de « j'ai attendu 5H pour qu'il me voit 10 minutes ! » Mais en même temps, il a attendu 5H parce que c'est 10 minutes avec chacun… Mais si je passe plus de temps avec vous, vous attendez 10 heures… C'est un compromis qui est difficile… »

E5 P3 l32-34 « Et puis je sors, sauf que je n'avais pas vu la montre et qu'il s'était passé 45 minutes et puis il y a 5 patients qui sont arrivés entre temps, l'interne, c'est une interne, le collègue était pris par autre chose et on s'est dit voilà, on a rajouté 45 minutes d'attente au PU, mais j'ai géré ce patient…mais du coup les autres vont attendre plus… »

E5 p9 l48-50 et p10 l1-2 « il est dans les délais pour le don d'organe, il a trente ans, il n'a pas d'antécédents, faut y aller, il faut proposer… » Et du coup je me suis retrouvé à annoncer à la famille que leur fils était mort. La réaction était « non, il va se réveiller… ». Et où je leur ai dit qu'il pouvait peut-être aider des gens, j'y ai mis les formes etc. mais je me suis pris… Ils n'ont pas été agressifs avec moi, mais ce n'était vraiment pas possible d'entendre ce message là et ou je suis sûr que si on demandait à cette famille là ce qu'ils ont pensé de l'intervention, je pense qu'ils vont garder à peine le souvenir que je leur ai parlé, ils vont se dire « en plus il nous a proposé de le charcuter pour faire du don d'organe » et ou voilà… »

E5 p1 l37-39 « Je me dis, comment va être la limite effectivement, entre les droits et les libertés du patient et ce que l'on peut imposer à une équipe soignante… Etre bientraitant envers le patient, et pas maltraitant vis-à-vis de l'équipe soignant pour qui je trouve que ce n'est pas toujours… » ;

E5 p2 l31 « Et on se retrouve donc à hospitaliser des gens et donc à les sortir de là où ils se sentent le mieux, pour faire un soin qui pourrait très bien être fait en EHPAD, simplement pour sécuriser le personnel de l'EHPAD, et pour ne pas maltraiter le personnel, on a ce genre de situations. «

E5 p1 l41-42 « Donc voilà, en étant bientraitant, est-ce qu'on ne devient pas parfois un peu les otages de certains patients difficiles ? »

f) Le risque : faire de la bientraitance un critère qualité, standardisation

E2 p11 l11-13 « De faire une définition de la bientraitance au final, parce que ce que ça entrainera c'est « il faut faire ça en plus, et puis comme ça ce sera bien » … Peut-être même qu'un jour ce sera coté pour que les hôpitaux aient de l'argent !!! Pour faire des trucs un peu générique et pas forcément transposable à tout… «

LE SOIGNANT :

1/ Caractéristiques du médecin nécessaires pour la bientraitance du patient = SAVOIR ETRE

a) *Présence/écoute*

E1 52p2 « c'est hyper intéressant justement de mettre des patients dans un climat de confiance »

E1 32p2 « et la chose dont elle avait besoin, c'était… de répondre à ses problèmes du quotidien et surtout c'était d'être écoutée, et j'ai eu l'impression de l'avoir fait, de l'avoir vraiment fait correctement et j'étais vraiment content de la consultation à posteriori. »

E1 52p4 « C'est vraiment différent, alors que avec le temps on se rend compte que finalement on peut prendre le temps et que laisser parler le patient apporte autant d'informations si ce n'est plus…, et le patient il s'y sent bien, et nous aussi, et ça permet je pense une meilleure bienveillance »

E1 25-26p5 « enfin avoir quelqu'un qui lui dit bonjour quand il arrive, et quand il se présente, alors en sachant qu'il est déjà stressé, que c'est déjà compliqué, bah rien que ça pour moi, c'est de la bientraitance, avoir quelqu'un qui l'accueille en lui disant bonjour avec un sourire euh…, se présenter, je pense se présenter, c'est aussi pour moi de la bientraitance parce que du coup on sait à qui on s'adresse, et donc du coup le patient, il est mieux … il se sent plus en confiance »

E2 1-2 p2 « tu réponds aux questions, t'as le temps de bien les écouter, qu'ils se sentent écoutés parce que ce n'est pas souvent le cas, pour répondre à leurs questions, leur dire comment ça va se passer »

E3 23p3 « mais moi mon truc c'est que quand je m'occupe d'un patient, je ne gère que lui et de bout en bout, donc aussi bien la prise en charge diagnostique que l'informer, et quand il y a nécessité, informer la famille »

E4 34 P2 « le temps d'écouter les familles avec le patient, et de prendre ce temps-là, où tu écoutes le projet du patient, ce qu'il veut »

E6 49-50p1 « De base, je pense que quand on consulte ou quand les gens sont hospitalisés, on est déjà dans une démarche implicite de bientraitance parce qu'on est là. »

E7 18-22p1 « Et c'est là que peut-être on a un point important : c'est que dans notre métier, est-ce que la bientraitance ne correspond pas à l'écoute que l'on peut avoir des gens, de leurs plaintes, de ce pour quoi ils viennent, et en même temps on est médecin traitant, donc les gens nous accordent déjà leur confiance »,

E3 43p3 « il n'est pas question (sauf urgence vitale) qu'on me dérange à ce moment-là tant que je n'ai pas vu le patient, informé le patient, répondu à ses questions, vu la famille, et pour moi c'est LE truc le plus important pour être bienveillant… »

E8 4 p2 « C'est la disponibilité vis-à-vis des patients »

E8 9 p2 « Et cette disponibilité-là, moi je peux considérer ça comme de la bientraitance »

b) *Esprit critique*

E1 29-31p3 « « voilà pourquoi je ne vais pas le faire en fait, voilà pourquoi moi je prends la responsabilité de ne pas le faire, parce que je considère que… ce patient, soit il n'y en a pas besoin, il sature bien donc il n'en a pas besoin, soit parce qu'il est très âgé, et que de toute façon même si le résultat est gravissime, il n'y aura pas de prise en charge qui sera déclenchée derrière »

E5 4-5 p2 « et je crois que la question des fins de vies, du jusqu'où ? Du quoi ? Du qu'est-ce qu'on fait ? Et pourquoi ? De l'interrogation de la finalité de ce que l'on fait… »

E5 13-15 p2 « Ça me fait donc penser à ces questionnements-là, de quelle thérapeutique, dans quelle situation, et de à quel moment on est dans le soin et à quel moment ce que l'on fait à une finalité bientraitante pour le patient, et à quel moment on est dans la curiosité scientifique »

c) *Expérience*

E1 15-17p4 « ils se rendaient compte que les seniors prenaient beaucoup plus de temps, qu'ils avaient beaucoup plus d'empathie, que finalement, les gens étaient beaucoup plus…. contents de la prise en charge quoi, ils sortaient beaucoup plus sereins quoi, justement avec ce sentiment d'être bien, d'être bien traités. »

E1 1-3p5 « Après dans les explications à donner j'ai aussi progressé là-dessus, avant j'avais du mal à sortir du jargon médical et des choses comme ça, alors que, de plus en plus…, je comprends que le patient a compris ce que je voulais lui dire, qu'il a compris l'importance, »

E3 33p3 « Et finalement, j'ai réussi à ce que tout soit clair, que sur le coup personne ne cède à la panique pour que derrière, l'équipe paramédicale suive de manière apaisée, que finalement lui n'est pas tellement de questions… Et il est ressortit très très content »,

E3 4-9p9 « et je ne sais pas si j'ai été bientraitante parce que voilà, je me doutais qu'il n'allait pas forcément rester, et j'ai l'impression que c'est moi qui en avait besoin et… […] j'ai l'impression que si j'étais plus sûre de moi en tant que médecin, j'aurais plus tranché dans le lard »

E7 37-38p4 « C'est pour ça que ça ne s'apprend pas véritablement, on te communique les bases, et ton expérience fait que tu affines un petit peu ta relation avec les autres, dans le domaine médical dans tous les cas»

Anticiper E4 p3 l58-59 « d'anticiper des situations, où tu essayes de tout faire pour faire des prescriptions anticipées »,

E6 33-35p5 « Donc là, bien les traiter ces parents, c'est aussi anticiper ça… Et accompagner leur choix entre guillemets… »

d) *Poser ses limites*

E7 21-22p3 « Le respect ! Et c'est ça qui est surtout important à mon avis, c'est de respecter ce qu'attendent de toi les gens à partir du moment où ça ne nous met pas en difficulté. Parce que si ça nous met en difficulté, à ce moment-là on va devenir maltraitant malgré nous. »

E7 34-35p5 « En tout cas, tu as raison que la notion de bientraitance, moi je pense que c'est une valeur ajoutée à ce que l'on fait, mais ça ne doit pas être ce qui te conduit à faire des choses que tu n'as pas envie de faire dans le cadre de la consultation »

E3 42p14 « J'ai l'impression de l'être parce que j'ai posé mes limites en fait quelque part donc j'ai l'impression de plus l'être… »

E7 32p3 « Il faudrait pas non plus que, sans perdre de vue la bientraitance, qu'on s'éloigne trop de nos référentiels quand même. Parce que on peut se laisser embarquer vers une forme de maltraitance médicale, de mal-traiter, mais pas de maltraitance »

e) *Démarche active / posture dynamique (motivation ?)*

E1 35p13 « c'est quelque chose qui nécessite d'y payer attention. »

E1 19p2 « ce serait d'essayer, oui pour moi ce serait d'essayer d'être… Ça demande une certaine exigence »

E5 44 p7 « c'est souvent une question de motivation »

E5 25 p1 « une démarche à mettre en place »

E7 10p1 « Je pense, autant la maltraitance, ça peut être spontané, autant la bientraitance, il faut t'appliquer »,

E7 14p1 « je suis d'accord avec toi, ça peut être une volonté délibérée dans ta pratique quotidienne, d'avoir une certaine bientraitance »

E7 17p1 « Alors que spontanément, tu aurais plus tendance à filer vers une forme de maltraitance si il n'y a pas de discussion, et si tu t'enfermes dans tes connaissances. »,

E7 26p2 « La maltraitance, ça peut tout de suite être fait involontairement, alors que pour faire de la bientraitance, il faut vraiment une volonté d'aller dans ce sens-là. »

E7 37p2 « [la bientraitance] C'est quand même un domaine dans lequel tu peux t'améliorer, si tu as la volonté de t'améliorer… Envie de t'améliorer et de te remettre en question »

E8 15-16 p1 « ce serait de revenir sur ses positions, de pouvoir se remettre en question, dans ce qu'on fait…Se reposer la question de si on fait les choses bien ou mal…Et agir en conséquence »

E8 15 p2 « c'est se remettre en question »

f) Projection/identification

E2 2-3 p5 « que j'essaie de me projeter de ce que j'aimerais bien bénéficier quand je serais un patient et je fais tout en sorte pour que ce soit le cas… »

E2 14-15 p5 « Mais on l'a en tête, on est un humain qui s'occupe d'un autre humain du coup forcément on ne peut pas s'empêcher de se dire, « si moi j'étais là, j'aimerais peut-être qu'on fasse ça pour moi ou que … »

E2 27 p5 « de faire comme j'aimerais qu'on traite mes parents, ou moi si j'étais à l'hôpital… «

E4 13-14 p3 « par contre je me suis mise à sa place juste deux secondes, et c'est là où j'ai réagi »

E4 24 p3 « Je pense qu'il faut se dire, si j'étais à la place, ou si c'était ma grand-mère, là tu te rends compte que voilà... »

E4 p4 l54-57 « on n'est pas des robots non plus, donc tu as forcément... ton investissement personnel dans des situations, où tu t'identifies forcément un peu, enfin tu vois il y a forcément des situations où tu vas être plus bienveillant parce que, parce que tu as des situations qui te touchent, parce que tu trouves que c'est compliqué, parce que, enfin je pense qu'il y a des fois où tu as tes sentiments qui entrent en jeu aussi dans ta prise en charge avec les malades. »

2/ Limites de la bientraitance du soignant envers le patient

a) Indisponibilité à la relation

1) Fatigue

E1 14p5 « donc j'aimerais vraiment essayer d'avoir plus, mais il y a des fois où… bah ce jour-là on est moins bien, on est un peu plus fatigué »

E1 34p7 « Pour moi c'est vraiment lié à la fatigue, au stress… »

E1 4-5p8 « j'ai fait des gardes de 24 heures sur des dimanches, et bien c'est sûr que le patient qui arrive à 6h du matin parce qu'il n'arrive pas à dormir..., et bien on s'en occupe pas forcément comme on devrait »

E1 34-35p11 « Parce que tu peux pas… si t'es pas en forme tu peux pas bien soigner quelqu'un, enfin moi ça me semble pas possible »

E3 21p6 « c'est la fin de la journée un vendredi soir et que je suis fatiguée, et que je n'ai plus cette capacité-là, parce que j'ai juste pas envie… »

E3 l45-47p11 « quand il est 3h du matin et que il est 3H du matin quoi… et que c'est juste la 22ème heure que tu travailles, et bien tu fais juste le minimum syndical et puis… »,

E4 p10 l60-63 « j'ai un quota de temps avant des vacances, et quand j'ai pas pris de vacances depuis tant de temps, et bien je suis vachement plus agacée, je suis beaucoup moins patiente (…) mais parce que moi j'en avais ras le bol, qu'il fallait que je fasse un break quoi » ;

E4 p11 l2 « Et puis je l'ai pas rappelé, ça me soulait de rappeler, j'en avais ras le bol, fallait que j'arrête. »

E4 P6 l64-65 « Ouais puis t'as enchainé ta journée quoi, t'as 20h dans les pattes, t'es déjà en mode je suis un zombie je vais faire des erreurs je vais tuer tout le monde... »

E4 P7 l26-27 « Non mais c'est horrible, mais franchement ça dépend de ton état d'esprit quoi, et des fois t'as envie et puis tu... »

E5 p5 l39-43 « Soit c'est parce que l'on n'est pas en forme, il y a des jours, je suis obligée de me reprendre en me disant « bon ! Il fut que je remette la même énergie que pour un autre patient ! » Mais il y a des moments où on en a ras le bol, je trouve, de les enchainer en plus… (…) Je pense que le dernier, alors c'est ponctuel hein, mais on a plus de mal à s'investir de la même manière, parce que peut-être on est ailleurs… »

E7 44p5 « Et puis il y a le manque de temps parfois, le surmenage. La fatigue. Donc qui peut, enfin tu peux être bien en phase avec quelqu'un, mais tu es dans un état d'esprit ou tu n'arrives plus, tu n'arrives pas : parce que tu es débordé, parce que tu as eu un souci avant, parce que tu as eu quelque chose de délicat… »

2) *Stress, pression intrinsèque*

E1 12-13p10 « le fait d'être pas disponible soi-même quoi... tout ce qui..., tout ce qui interfère, le manque de, le manque de temps, la fatigue... la faim... tout le..., tout le stress quoi, qu'on te met sur les épaules... Toute cette pression quoi... ça joue vachement, et puis euh... »

E2 p7 l37-38 « Et stress du personnel parce qu'il faut réfléchir vite, qu'il faut faire attention… Tu as quand même plus peur de faire des erreurs dans le cadre de l'urgence que quand tu as le temps de réfléchir, de te poser… «

E6 50p11 « la fatigue, le manque de temps, le stress… ça, ça peut forcément jouer. »

E3 19-20p6, l48p11 « qu'on a déjà eu tout le travail derrière, toute la journée, toute la pression »

E3 36-37p9 « Je trouve qu'on était plus stressés par rapport à nos pairs, ou par rapport à ce que l'on fait à l'hôpital que par rapport au patient… »

E4 43-49p4 « enfin tous ce que je connais autour de moi, très investis dans ce qu'on fait, et c'est difficile de prendre soin de soi, c'est difficile de prendre du recul, c'est difficile de ne pas dire oui à toutes les gardes qu'on propose, c'est difficile de pas dire oui à toutes les familles qui sont là à 11h30 pétantes alors que toi, bah t'as encore ta visite, et que bah tu les verras cet aprèm, c'est difficile, c'est difficile, mais au bout d'un moment, si tu le fais pas bah..., ça explose et puis après, tu n'es plus bienveillant envers toi-même et du coup t'es agacé, t'es aigri, et je pense que c'est là où tu fais des erreurs aussi.»

E4 P9 l54-55 « je suis un peu exigeante tu vois donc, avec moi-même aussi donc… c'est vrai que des fois je pense que, je pourrais être bien plus satisfaite de plein de choses »

E4 P4 l51 « Enfin c'est dur parce qu'on a des humains en face de nous et pas des dossiers qu'on peut poser sur le coin du bureau et dire : « ça attendra la semaine prochaine ! »

3) *Vie personnelle*

E4 p4 l59 « ça c'est sûr qu'en fonction de l'état dans lequel tu es, dans ta vie personnelle »

E4 p4l62 « que tu es moins bien luné que les autres jours »

E4 59-60p4 « Ouais, enfin ça c'est sûr qu'en fonction de l'état dans lequel tu es, dans ta vie personnelle, enfin après c'est là où je pense que tu deviens un peu fortiche, c'est quand t'arrives à être toujours à peu près le même malgré ce qui se passe dans ta vie privée »

E5 p6 l11-12 « enfin, en fonction du patient et de ce que sa pathologie nous renvoie… On a des vécus, familiaux, psychiques, différents »

E6 16p11 « Le fait de ne pas avoir été dans l'empathie comme j'aurais dû l'être, et de m'être un peu projeté à la place du patient, je pense qu'on peut facilement l'être si des situations qu'on a déjà eues et qu'on a pas vécues de la même façon. Forcément on a tous nos histoires personnelles, notre vécu »

E6 37p10 « Moi ça m'est déjà arrivé, [des situations de moins-bientraitance] par projection, éventuellement, de situations personnelles, où je me serais dit : dans la même situation donnée, je ne serais pas dans cet état là je crois, je sais que ça se fait pas, enfin normalement on ne doit pas le faire, parce qu'on doit avoir cette distance suffisante pour ne pas se projeter »

E6 43p10 « Enfin, à mon avis, je peux être moins bientraitant, si il y a, à un moment donné, une sorte d'affect, si j'arrive plus à mettre la distance entre le patient… si j'arrive pas à doser la bonne distance »

E7 46p5 « Et puis tu peux avoir des soucis personnels, qui font que tu ne peux plus être dans cette bientraitance alors que c'est ton projet. […] On n'est pas infaillibles ! Pas du tout… »

4) *Insatisfaction personnelle*

E5 p6 l46-49 « je sais que c'est un mode d'exercice qui ne me va pas, parce que je n'aime pas le long, le chronique, le… Et du coup je me sentais effectivement nettement moins bientraitante, enfin j'avais vraiment la conscience (…), la lassitude de se dire « et voilà, je le revois encore » et ça amène une moins grande vigilance et puis je reste

polie, agréable, je parle toujours au patient, mais en fait en écoutant moins, en étant moins présente, et en fait c'est très personnel, mais je pense que les patients le ressentent de toute manière… »

b) *Incertitude médicale*

E1 22-24p10 « parfois tu sais que t'as pas forcément de diagnostic... au final tu sais pas très bien... (silence) Tu... tu vas euh, enfin... le fait de, de pas savoir, c'est un peu ce que tu disais quoi, quand tu sais pas, et que tu fais quelque chose mais que t'es pas vraiment sûr, et puis euh, et du coup euh... ça te met un peu en doute et... et euh... et... puis euh... tu laisses partir le patient mais t'as encore pas mal de petites questions derrière. »

E1 27-28p10 « les gens quand ils viennent nous voir ils ont des attentes, et on a envie de répondre à plein de choses, et donc le fait de se sentir... désemparés, on aime pas ça enfin... »

E3 l22-23p9 « est-ce que ce n'est pas mon stress qui ressortait dans cette prise en charge et dans la décision finale… »

E8 P2l43 et 52 « Là je me suis senti complètement maltraitant parce que j'étais hors des clous (…) pas carré dans ma prise en charge… »

c) *Manque de formation*

E2 p8 l56-57 « c'est vrai qu'il y a aussi un truc c'est que pour toutes ces notions, on n'est pas du tout sensibilisé, on a aucune formation… (…) Enfin tu vois, les situations de tension aux urgences tout ça, personne t'a jamais appris si il y avait des trucs à ne surtout pas faire, du langage corporel, de trucs à pas dire, enfin que ce soit ça … C'est jamais jamais abordé quoi… C'est un peu dommage… »

E4 p16 l18 « Je sais pas, pendant nos études on en a peu entendu parler tu vois, enfin... »

d) *Acharnement dans le soin*

E5 p7 l7 « Mais la moins-bientraitance médicale, c'est aussi parfois l'acharnement, l'acharnement dans le soin…»

e) *Sentiment d'être maltraité*

E7 26-27p5 « A des moments, la bientraitance s'arrête là où toi tu te sens maltraité. C'est-à-dire, je veux bien être bientraitant avec quelqu'un quand il rentre dans le cadre qu'on s'est fixé, de la consultation. Et si il en sort, il n'y a que 2 possibilités : soit je deviens maltraitant, soit je me retire »

E5 P6l21-22 « Enfin ça on a tous vu, quand on a une famille qui est agressive, qui nous gueule dessus sur une situation médicale un tant soit peu complexe, c'est toujours cette situation là où on va tout merder derrière… »

3/ Perspectives envisagées pour améliorer la bientraitance des soignants envers les patients

a) *Garder un questionnement sur la pratique*

E1 57p10 « ça c'est le côté purement technique, et une fois que t'as passé ce côté technique, ou finalement…, et bien tu peux avoir un peu de temps pour euh, mais après tu peux pas l'avoir tout le temps hein, mais… mais où tu peux essayer de t'extraire un peu et, te dire bah attends, et finalement là… comment je me sens moi dans ma journée, comment j'ai été par rapport à mes patients, qu'est-ce que ça donne »

E1 23-24p11 « Mais en tout cas la bientraitance, je pense qu'il faut que ce soit quelque chose de conscient en fait, c'est ça. Il faut qu'on… à un moment donné on reprenne conscience de notre prise en charge, et de ce qu'on fait… Pour avoir un recul dessus et puis du coup, pouvoir corriger, ou alors au contraire se dire « oh là là, je suis top on continue comme ça ! »

E4 p13 l43 « prendre du recul »

E6 23-25p12 « Etre simple et naturel, et se rappeler pourquoi on a fait médecine, on veut soigner les gens, et donc se redire « mince, pourquoi j'ai fait ça, j'ai fait médecine pour soulager les gens, pour répondre à leurs questions et leurs attentes », donc se recentrer sur nous même, se poser. (silence) C'est pas des solutions miracles… »

E4 P16 l11-12 « peut-être qu'un rappel dans les périodes… avant les vacances, où on est moins bientraitants, parfois juste... Plus qu'une obligation au quotidien, peut-être que des piqûres de rappel... »

E6 32-33p10 « enfin c'est quelque chose [la bientraitance] de naturel, mais qu'on peut facilement moins bien faire, donc il faut quand même se le rappeler. Je pourrais dire : notion importante »

E1 40-42p7 « et j'essaye souvent de me remettre en question..., et en cause vis-à-vis des patients euh... et notamment quand je suis pas du tout satisfaite de moi, dans... dans la prise en charge du patient en fait euh... pas seulement médicale, enfin pas technique pure... »

E1 5-6p12 « Donc peut-être que se poser la question, pas forcément pour… pour essayer de rectifier le tir là maintenant, mais au moins pour éviter que ça recommence, ça peut être une solution de prévention. »

E1 18-19p12 « et puis même si on fait le mémo ça empêche pas derrière que, je pense que ce qui est le plus important c'est de se poser la question : pourquoi moi, aujourd'hui, là maintenant. Et… c'est plus un travail personnel »

E2 p10 l71 « Et pas refaire les erreurs, quand elles sont évitables… »

E6 43-44p11 « On n'est pas parfaits ! On est humains… Enfin moi je pense que c'est dangereux de croire qu'on est parfaits, et qu'on fait tout bien comme il faut… parce que ça c'est la pire chose je pense, et c'est un facteur de, justement, pas être bientraitant, c'est de ne pas se remettre en cause, de se dire : c'est bon j'ai fait tout comme il fallait, c'était nickel… »,

E6 9p12 « donc prendre le temps, et revenir sur ce qui nous semblait acquis en fait »,

E6 10p12 « et je pense qu'il n'est jamais trop tard pour se poser et rectifier le tir -entre guillemets-, et du coup avoir sur la globalité, une prise en charge bientraitante. »

E6 46p7 « Mais peut être que le fait de soulever des questions déjà, c'est accepter plus facilement les choses, et peut être mieux traiter… (silence) »,

E6 47p11 « juste le fait de ne pas se poser la question, si on nous fait remonter des informations et qu'on se pose même pas la question en balayant en même pas 2 secondes, je pense que c'est pas une bonne chose. Il faut savoir de temps en temps un peu se poser, et conclure peut-être qu'on a fait au final ce qu'on devait faire… mais celui qui est trop sûr de lui c'est dangereux »

b) De différentes manières

1) Identification

E1 15-16p5 « donc même si des fois on se dit bah attends je vais souffler un petit coup, puis je vais revenir, en fait ils sont peut-être stressés, ils sont pas bien, enfin voilà il faut aussi que je me mette un peu à leur place pour essayer d'être…, d'être un peu mieux… »

E3 l45p3 « et je me mets systématiquement à leur place et je me dis « mais moi je serais dans un lit sans rien piger de la médecine et on me balance des trucs, des perfusions, qans que l'on m'explique ce qu'il se passe, non ! » »

E4 2-7p4 « c'est juste l'angoisse totale quoi, donc oui c'est l'identification, après je pense que même si je m'étais pas fait cette réflexion dans ma tête, enfin c'est allé très très vite, et puis ça m'arrive quand même souvent, en essayant, pas de me mettre à la place, mais de… Enfin si un peu, se mettre un peu à la place, même si on y arrive pas trop mais... oui c'est ça qui qui m'a fait faire un déclic, et c'est ça qui m'a fait en fait accélérer, et franchement lâcher tout ce que j'étais en train de faire, en voyant les ambulanciers qui commençait à arriver quoi, enfin en gros c'est ça quoi. »

E6 53-54p2 « après c'est les moyens de la mettre en œuvre tout ça… Et puis après, on peut aussi se projeter, se dire « si moi je consultais ou j'étais hospitalisé… » et je pense qu'on a tous déjà consulté et été hospitalisé, et on sait un peu ce qu'on attend de la bientraitance, on sait notre propre projection, et implicitement, on sait très bien ce que nous on attendrait du médecin, et on se dit souvent « eh bien moi, si j'étais patient, qu'est-ce que j'aimerais qu'il me réponde… » »

2) *Expérience*

E3 l26p14 « je pense que ce sont des choses qu'on est encore en train d'apprendre, et qui s'apprend tous les jours, à faire sauter les verrous… »

E4 p14 l61-63 « l'âge venant, l'expérience venant, (rires)… Non mais je trouve que c'est plus simple, de mettre les barrières, de recadrer les gens c'est plus simple... Non mais, je sais pas toi, mais j'arrive beaucoup mieux maintenant que t'as plus de... de bouteille, et moi j'arrive beaucoup mieux à recadrer les gens, »

E4 p10 l6-8 « Peut-être aussi parce que tu es plus à l'aise dans ces situations médicales, où tu vois, maintenant tu es habituée... à prendre en charge des patients comme ça, tu sais faire avec les familles... Tu es, tu vois…, et tu en discutes avec les équipes en RCP, enfin tu vois tu te retrouves, tu t'y retrouves toi, parce que t'es à l'aise et du coup t'es bientraitant avec ton malade. »

E4 P13 l58 « Apprendre de ses ratés ! »

3) *Formation*

E2 p8 l65 « Je pense que comme tu dis, c'est aussi peut-être d'en parler, de débriefer, d'être plus préparé à des trucs basiques, ce n'est pas toujours facile d'être … à enseigner là-dessus mais il y a peut-être des attitudes, des comportements, dans le langage et la communication… »

E3 50p17 1p18, « peut être essayer de sensibiliser, je ne sais pas à la communication thérapeutique… juste la façon dont on parle au patient et dont on présente les trucs, plutôt versant positif que négatif, un peu sur le versant comme l'hypnose… »

E4 P16 l24-25 « On a des... c'est très médical, technique, tout ça, mais, on a plus de débat là-dessus, malheureusement, parce qu'effectivement, en parler pendant les études de médecine aux étudiants, je pense que c'est une solution aussi... »

E5 p3 l11-13 « Enfin j'ai fait le DU d'éducation thérapeutique, c'est vachement bien fichu leur truc, et en fait, on s'aperçoit qu'en s'asseyant à coté de quelqu'un, quasiment en le laissant parler, et en s'immisçant vraiment à peine, on arrive à faire bien raconter son histoire, ses souhaits etc… Et on s'aperçoit que ça ne prend pas beaucoup plus de temps… »

E5 P9 l12-13 « après il y a les petits détails de frapper aux portes et autre… de respecter l'intimité du patient et autre, qui à mon avis s'apprennent, et que c'est important qu'il y ait des gens pour leur apprendre, pour le rappeler et autre »

4) *Acceptation du système*

E2 p10 l68-69 « Comme tu dis, on ne va pas pouvoir avoir double de personnel, double de temps, ça ce n'est pas possible, mais il faut qu'on essaye de jouer sur ce à quoi on a accès…c'est nous un peu… »

E2 P10 l61-63 « Il faut partir de à partir du moment où tu mets ta blouse, où tu ouvres ton cabinet de consultation, tu acceptes le système, parce que tu en profites, et du coup, le système est aliénant à tous les niveaux mais quand même il fait des belles choses et il faut l'accepter quoi…On peut changer des petites choses mais vouloir tout changer le système c'est compliqué quoi… »

E2 p11 l2-3 « C'est sûr qu'il y a pleins de petites choses à changer, ce ne sera jamais parfait, et ça il faut peut-être aussi l'accepter, c'est sûr que aussi la révolte en guerre contre le système, tu ne peux pas non plus avancer… et faire que ça se passe bien aussi… Faut accepter un peu et en même temps c'est pas mal aussi de faire bouger un tout petit peu les choses… tous les jours au quotidien… »

5) *Dédier du temps – Prendre le temps*

E4 P5 l29-32 « d'arriver de temps en temps à lâcher son téléphone et à dire, je prends ce temps pour cette famille, on me dérange pas en gros quoi, ça va j'ai des collègues ailleurs ils vont être dérangés, mais pas moi, pas à ce moment-là, quand j'annonce un truc grave. (…) . Mais je l'ai fait deux fois où je savais que ça allait être compliqué, j'ai lâché mon téléphone, et là j'ai dit pendant une demi-heure on ne me voit, c'est pas possible. »

c) Impliquant une indispensable « bientraitance personnelle »

1) Prendre soin de soi

E1 28-30p11 « Justement qu'on prend conscience bah qu'on est pas bientraitants, et bah d'essayer de comprendre pourquoi, et… le… d'aller… contrer ça quoi. Si je suis pas bientraitant parce que je suis crevée, bah je prends une pause ; si je suis pas bientraitant parce que j'ai faim, je vais manger ; je vais me griller une clope ou je vais faire quoi que ce soit, mais je vais prendre soin de moi quoi… »

E1 36p11 « Et, et à partir de là tu peux essayer de te centrer, de te centrer sur le patient. Comme tu disais, pour moi avant tout il faut, il faut prendre soin de soi quoi »

E7 21-22p6 « Et puis la deuxième, ça peut être tout con, mais prendre des vacances ! Quand ça va pas, tu te casses une semaine, tu vas planter tes choux, tu repeins tes volets, tu fais ce que tu veux, mais après tu reviens et ça va mieux ! (rires) »

E2 p8 l28-29 « Et je pense que ça s'auto entretien un peu aussi… Et c'est ça le piège, d'essayer de sortir du cercle vicieux un peu, essayer nous-même de pas reporter ça sur les patients après quoi, ou sur les autres soignants… »

E4 39-41p13 « mais de temps en temps, de s'aérer, de se changer les idées, ne serait-ce que de temps en temps entre midi et 2, enfin vraiment d'essayer de bien couper, de bien faire la part des choses, et bien après on a du recul et on se dit : « ah au final c'était pas si mal que ça, faut arrêter de... » Enfin je trouve que faire une petite relecture à distance, une auto lecture à distance… »

E4 p4l14 « prendre du recul, c'est prendre un peu plus soin de soi, et du coup au final tu es mieux traitant. »

2) Prendre de la distance pour trouver le juste positionnement

E4 p4 l26-28 « en tant que des médecins, du soignant en gros, quand même, on accumule un peu les situations lourdes, où on absorbe pas mal de choses, et puis il faut quand même, bah il faut tenir le coup, il faut savoir absorber mais sans que ce soit trop, je pense, personnel »

E4 30-32 P4 « : Je pense que la bientraitance des soignants, elle est importante pour la bientraitance des malades et inversement quoi, donc il faut arriver à prendre suffisamment de distance sur des situations sans être maltraitant, mais, c'est ouais, c'est vraiment le juste positionnement... »

E4 p4 l40-41 « si toi tu n'es pas bien parce que…, t'en peux plus de tout absorber, au final après tu n'es pas bientraitant avec les malades quoi, donc c'est vraiment avoir un juste milieu, qui n'est pas facile à trouver. »

E4 P4 l27-28 « il faut tenir le coup, il faut savoir absorber mais sans que ce soit trop, je pense, personnel et..., et ouais c'est ça, pour pouvoir tenir sur le long terme, sinon on n'y arrive pas je pense »

E4 P4 l36 « parce que si tu absorbes tout comme une éponge aussi, et bien toi tu te, tu exploses... »

E4 14-17 p4 « prendre du recul, c'est prendre un peu plus soin de soi, et du coup au final tu es mieux traitant. Si t'es trop, t'as pas de barrières, que t'es trop empathique surtout, tu vas tout absorber mais tu vas exposer forcément au bout d'un moment, alors que si t'arrives à prendre un peu de recul sur les choses, sans mettre de la froideur, mais après je pense que c'est un équilibre qui est très très dur à trouver, et je ne sais même pas si on n'y arrive à le trouver à un moment dans une carrière mais, je pense que c'est, tu jongles un peu entre les 2 tout le temps... »

3) Valorisation

**Valorisation*

E3 22p15 « C'est aussi important que le soignant soit content de lui… »

E3 33p17 « je ne serais pas forcément pour m'occuper de la bientraitance du patient mais plutôt de la façon dont le soignant à l'impression de bientraiter ou pas… »,

E3 42p17 « Je pense que la bientraitance finalement elle est plus importante du côté des soignants que du côté des patients… »

E4 P10 14-15 « mais c'est important aussi de se dire qu'on est bientraitants... au quotidien. Ça fait partie de notre bientraitance à nous de nous dire qu'on est bientraitants au quotidien ! »

E4 P12 51-52 « aussi de temps en temps se rassurer de la prise en charge, bon là elle est efficace, donc... mais de temps en temps il faut qu'on se rassure un peu nous-même... parce que comme on n'est pas satisfaits, pas content, bah on se dit « bah j'ai fait un truc mal... » »

E4 p13 44 « et de te dire « bah… en fait c'était pas si mal quoi ». »

E5 p9 25-26 « de leur rappeler tout le temps « non, vous n'êtes pas maltraitants, vous faites au mieux avec les moyens que vous avez et c'est ça qui est important… Et ce qui est important, c'est que vous ayez conscience de votre désir de bientraiter et d'avancer avec la personne… » »

E8 P4 l16-17 « c'est bien de parler de bientraitance, enfin des fois ou on était vraiment content de nos prises en charge… Ça fait du bien… »

E8 « p4 l19-21 « la revalorisation de ce qu'on fait c'est quelque chose d'important, parce que je ne sais pas si c'est vrai, mais j'ai vraiment l'impression qu'on est pas forcément assez revalorisé dans le regard des patients, ou des familles pour ce qu'on fait en fait… Et du coup, c'est vrai que ça fait du bien de parler de bientraitance à l'égard des patients dans notre pratique… »

4) *Sortir de la culpabilisation, de l'idéal / accepter son imperfection*

E1 10-11p3 « mais moi je vois pas la bientraitance aussi loin que toi tu peux la voir. Moi je la vois à mon échelle…, à l'échelle, à l'échelle d'une prise en charge en fait, mais j'accepte que, bah… parfois on n'a pas le temps, mais ça c'est le propre des urgences, on a pas le temps de discuter avec eux bah… de ce qu'ils sont, ce qu'ils font qu'ils sont là, on prend vraiment ce qui est aigu et on a pas le temps de se poser, et de prendre le temps avec eux »

E1 16-17p3 « Mais en tout cas moi je ne me sens pas maltraitante parce que je n'ai pas eu le temps de l'aborder»

E3 21p6 « … Et dans ces cas-là, je ne me considère pas comme maltraitante pour autant, mais je vais faire juste mon job… »,

E3 18p12 « et moi, je pense que je ne suis pas très bientraitante, et je ne culpabilise même pas… »

E5 p7 47-48-p8 1-2 « je ne suis pas dans la maltraitance, je ne suis peut-être pas non plus dans la bientraitance, mais si ma prise en charge est efficace, j'essaie de me déculpabiliser pour être moi-même dans la bientraitance envers moi-même, pour pouvoir continuer ce que je fais… En me disant que voilà, même si là je n'ai pas l'investissement qu'il faudrait, l'écoute qu'il faudrait pour être dans la bientraitance, n'empêche que médicalement je m'en occupe bien, que j'essaie de faire les choses comme il faut, et voilà, j'essaie d'être bientraitante envers moi-même dans ce cas là… »

E7 48p5 « On n'est pas infaillibles ! Pas du tout… »

E1 40-41p11 « Etre bientraitant ça demande vraiment un effort, et… je sais pas, je trouve que c'est normal qu'on ait besoin aussi de relâcher un petit peu derrière. Et qu'on ait besoin de pauses, et que, on puisse pas être comme ça tout le temps… et que la fatigue ça joue dessus, et que »

E3 16-17p11 « il y a aussi la représentation qu'on s'en fait (de la bientraitance), et comme on aimerait que idéalement ce soit fait … Et ce n'est pas parce qu'on n'arrive pas à faire cette prise en charge idéale qu'on est forcément maltraitant… »

E5 p4 l14-16 « ils vont dire qu'il y a des choses qui ne vont pas et en fait malgré tout, moi dans ces cas-là, je ne me sens pas maltraitante… Parce que je me dis que voilà, notre but n'est pas non plus de… Que la vie est faite de frustration, et que le but n'est pas non plus de répondre à toutes les exigences des patients, et que voilà, il y a nécessité de mettre un cadre… »

4/ Importance pour les soignants de la sensation d'être bientraités

a) *Interdépendance du sentiment d'être bientraité des soignants et de la bientraitance des patients*

E4 30-32 P4 « Je pense que la bientraitance des soignants, elle est importante pour la bientraitance des malades et inversement quoi »

E3,20p1 « Donc il y a la bientraitance des patients, enfin pour les soignés, mais il y a aussi la bientraitance pour les soignants je ne sais pas si vous allez l'aborder après, mais je pense que pour qu'un soignant soit bientraitant, il faut qu'il soit bien traité… et il faut aussi qu'il soit bien traité par la personne qu'il va soigner… »

E4 P1 l21-22 « La bientraitance des patients, je pense que c'est un petit peu aussi la bientraitance des soignants, quand même. Parce que sinon c'est pas possible. »

E4 p6 l56-57 « Parce que, franchement, on a l'impression de se faire harceler pendant une nuit entière. Et bien là, en fait j'avais plus du tout envie d'être bientraitante, alors là je les aurais... enfin j'avais un peu de violence qui montait en moi quoi... »

E4 P7 l1-2 « Non mais je pense que t'as plus de patience, tu bosses depuis 8h du matin, que tu te fais agresser 3 fois de suite... Et là effectivement, t'es moins bienveillant, même avec celui qui n'a rien demandé et qui a attendu son tour sagement, dans la salle d'attente... »

E4 P4 l40 « ouais si toi tu n'es pas bien parce que…, t'en peux plus de tout absorber, au final après tu n'es pas bientraitant avec les malades »

E4P4 l48-49 « tu n'es plus bienveillant envers toi-même et du coup t'es agacé, t'es aigri, et je pense que c'est là où tu fais des erreurs aussi. »

E5 p6 l21-22 « Enfin ça on a tous vu, quand on a une famille qui est agressive, qui nous gueule dessus sur une situation médicale un tant soit peu complexe, c'est toujours cette situation là où on va tout merder derrière…

E7 26-27p5 « A des moments, la bientraitance s'arrête là où toi tu te sens maltraité. C'est-à-dire, je veux bien être bientraitant avec quelqu'un quand il rentre dans le cadre qu'on s'est fixé, de la consultation. Et si il en sort, il n'y a que 2 possibilités : soit je deviens maltraitant, soit je me retire »

E5p6 l38-39 « Et tout ça pour dire que cette nuit-là, j'ai vu des aides-soignantes, changer un monsieur qui n'avait aucun trouble cognitif, qui était parfaitement présent, personne âgée, qui s'était fait dessus, parce que col du fémur et que voilà, et une AS qui est pourtant quelqu'un de très très bien, qui dit devant le patient, en le changeant « putain, changer les mains dans la merde, je n'en peux plus de ce métier… » Devant le patient, dans son box… Et là on parle de la bientraitance… »

E5P7 l27-29 « une étude (…), et ils ont vu significativement, scientifiquement, des valeurs d'erreurs médicales plus élevées chez les patients avec qui il y avait un conflit… C'est le prolongement du même phénomène, hein ? Personne n'aime rester dans un box à se faire insulter… »

E6 3p2 « Et si on n'est pas bientraité nous-même, on ne peut pas bientraiter l'autre… »

E7 26-27p5 « C'est-à-dire qu'à vouloir être trop bientraitant, on ne sait plus se protéger et on fait tomber un peu nos limites. A des moments, la bientraitance s'arrête là où toi tu te sens maltraité. »,

E6 47p1 « Après, personne n'est parfait et c'est à la mode de dire que la bientraitance des patients oui, mais faut-il penser à la bientraitance du personnel également ! Parce qu'effectivement, ce qu'on fait et les actes qu'on fait, sont aussi le reflet de nos sentiments, de notre relation dans l'équipe, de notre bientraitance aussi… »

E6 49p1 « C'est effectivement plus difficile d'être bienveillant avec les patients si nous on a l'impression d'être…enfin si on ne l'est pas vis-à-vis de nous… »

b) Le profil *soignant : les soignants acteurs de leur perception d'être bientraités ou non = le profil soignant, une des origines du sentiment d'être non-bientraité = le sentiment d'être non bientraité inhérent à la qualité de soignant / une personnalité qui se maltraite*

1) *Hyperexigence, investissement car la bientraitance est un idéal*

E4p4 l43-49 «très investis dans ce qu'on fait, et c'est difficile de prendre soin de soi, c'est difficile de prendre du recul, c'est difficile de ne pas dire oui à toutes les gardes qu'on propose, c'est difficile de pas dire oui à toutes les familles qui sont là à 11h30 pétantes alors que toi, bah t'as encore ta visite, et que bah tu les verras cet aprèm, c'est difficile, c'est difficile, mais au bout d'un moment, si tu le fais pas bah..., ça explose et puis après, tu n'es plus bienveillant envers toi-même et du coup t'es agacé, t'es aigri, et je pense que c'est là où tu fais des erreurs aussi.»

E4P9l57-61 « , je suis un peu exigeante tu vois donc, avec moi-même aussi donc… c'est vrai que des fois je pense que, je pourrais être bien plus satisfaite de plein de choses (…) de pas avoir eu son petit-fils parce que, bah il est

pas joignable et que c'est lui qui gère plus les choses (…) mais de temps en temps c'est difficile de dissocier : de pas avoir réussi à trouver le bon diagnostic, de pas avoir réussi à améliorer les choses, de rester dans une situation précaire, chronique, grabataire, mais ça c'est pas de ta… enfin c'est différent mais j'arrive pas trop à faire la distinction quoi… Si les gens sont malades, c'est pas de notre faute, mais de temps en temps, on est contents quand ils guérissent quoi… »

E4P14 l12-13 « c'est pas facile de lâcher, parce que tu dis « si je lâche c'est que je suis pas capable »

E4P9 l34-36 « Finalement bientraitants on devrait l'être tout le temps, donc, je pense que ça te marque un peu moins aussi, quand t'es maltraitant tu t'en veux tu vois, parce que c'est pas une bonne prise en charge, et ça te marque, ça te fait de la peine enfin tu vois… et tu le vis pas bien quoi… »

E5 P7 L3-4 « Et je pense que, comme on le met bien au centre, tous, de notre activité, le fait de percevoir- soit on ne s'aperçoit pas qu'on est maltraitant, mais je pense que la majorité des médecins s'aperçoivent très bien quand ils sont maltraitants- et du coup ça devient compliqué avec soi-même quand on n'est pas dans la bientraitance quoi… Et on arrive vite à l'épuisement professionnel comme tu disais pour les soignants… »

E2p 10 l50-51 « Tu restes dans ta situation en te disant que ce n'était pas bien et voilà, tu restes sur ça et ça ne sert pas à grand-chose et toi ça te met pas bien, comme tu dis, « malheureux » … »

2) *Difficultés émotionnelles du métier*

E2p8 l13-15« c'est vrai que tu es dans un milieu, c'est un peu pesant, où tu vois plein de trucs qui te pèsent mais bon voilà, c'est comme ça, on n'a pas le temps, pas le machin… C'est dur aussi d'en arriver là… C'est assez régulier… »

E2P10 l29 « Au final, il ne faut pas rentrer avec ça chez soi, et gros sur la tête, parce qu'après on finit malheureux quoi… »

3) *Idée de toute puissance*

E2p9 l29-31 « Mais nous, avec notre esprit de « on est les médecins, les supers puissants, on est les meilleurs » on n'a pas besoin de se remettre en question, de toute façon, qu'est-ce qu'on dirait ? Je ne sais pas, ce n'est pas du tout dans notre culture de nous ouvrir et … »

E2p9 l63-64 et p9 l68-69 « Après c'est plus facile de parler du médical, de parler de tout ce qui va bien que de parler de ce qui ne va pas bien et de ce que l'on ressent…surtout à plusieurs, je pense qu'on a encore un peu du mal… Et puis on est tout puissant comme tu dis, pas le droit de ne pas aller bien… (…) quand même, on est une profession ou il y a quand même un taux de suicide élevé… Alors est ce qu'il n'y a pas une part un peu de ça là-dedans ? De gens qui ne se sentent pas à la hauteur, maltraitant ? Pas heureux dans leurs baskets ? »

E2p10 l10 « Tu vois, tu sens que tu ne peux pas montrer de signes de faiblesse à l'hôpital… Et c'est perçu comme ça, alors que … »

E2p9 l5-7 « ça mériterait que pour ce genre de situations, on ait au moins 3 mots pour l'un ou pour l'autre et qu'on se soutienne et surtout qu'on réfléchisse à chaque fois à ce qu'on a mal fait, ce qu'on aurait pu mieux faire, ce qu'on pourrait améliorer etc… Et ça, ce n'est jamais jamais !! La remise en question elle est au fond de toi et c'est tout ! Ça se partage pas c'est… »

c) *Conséquences du sentiment d'être non-bientraité perçu par le soignant : perte de sens, culpabilisation, souffrance au travail*

E4P6 l54-60 « Et bien là, franchement, je pense que j'aurais pu ne pas aller bosser pendant une semaine, sans aucun souci après cette garde. Vraiment ça a été dur, franchement, cette garde a été très dure. (…) Parce que, franchement, on a l'impression de se faire harceler pendant une nuit entière. Et bien là, en fait j'avais plus du tout envie d'être bientraitante, alors là je les aurais... enfin j'avais un peu de violence qui montait en moi quoi... Non je n'ai rien fait de violent (rires), je n'ai tué personne (rires), mais je dis pas qu'il n'y a pas des idées un petit peu violentes qui me sont passées par la tête. (…) Je sais pas ce que j'allais faire mais... j'aurais pu partir je pense»

E2p2 l43-44 « enfin je sais pas s'il y a une structure où ils ont vraiment le temps mais peut être quand même un personnel qui est moins à bout et qui en peu plus quoi, qui a trop de patients à gérer pour le temps qu'il a quoi»

E2 p6 p24-25 « Enfin voilà quoi, c'est des problèmes logistiques inhérents au fait d'être à l'hôpital et oui, là on est hyper maltraitant mais on a probablement pas le choix quoi…et ça c'est douloureux quoi… »

E2p6 l64-65 « Tu sais que ce n'est pas bien, mais on te le demande explicitement, et tu sais que voilà, on t'oblige à être maltraitant mais que ce n'est pas ton choix, mais que tu es obligé de le faire quoi… »

E2p6l22 « et oui, là on est hyper maltraitant mais on a probablement pas le choix quoi…et ça c'est douloureux quoi… »

E2p6 l28-29 « Enfin moi je ne veux pas faire ça ! C'est pas ce pourquoi je fais mon métier … Je ne veux pas lever la main contre quelqu'un, je ne veux pas hausser la voix mais pourtant parfois tu es obligé d'arriver dans ces situations quoi… »

E2p6 l42-43 « Au début, tu essaies avec tes méthodes et puis c'est pareil toi tu es de garde, tu as déjà travaillé 18H et du coup finalement ça finit par un médicament quoi… et ça j'avoue qu'on n'a pas signé pour ça… »

E2p8 l21-22 « Mais de voir des gens ou tu te dis « Pff, quand même… », On les abandonne sur le brancard, tout le monde s'en fout, enfin des trucs sur plein de plans ou c'est limite parce que c'est comme ça à l'hôpital, enfin c'est pesant aussi quoi !!! »

E2p6 l17-19 « tu te dis « Non mais ce n'est pas possible !!! Ce que je fais c'est mal !!! Et la situation face à laquelle je suis-je en veux pas la gérer, je voudrais que ce soit quelqu'un d'autre, je veux me barrer !!! Ce n'est pas moi ! Ça me retourne ! »

E5p6 l26-27 « C'est du quotidien de gens qui sont tout à fait admirables dans leur profession, mais c'est du quotidien de gens qui sont épuisés, qui débordent, qui craquent… »

E5p3 l40-43 « c'est vrai qu'on a un boulot ou l'exigence numéro 1 c'est de s'assurer que le patient n'a pas de pathologie ni urgente, ni grave, et si ça peut se faire en 2 minutes, ou sans parler, alors c'est du temps donné aux autres, alors c'est…c'est triste comme raisonnement, mais c'est un peu ça… (…) Ce qui est urgent, ce qui est grave et après ce qui est relationnel, ça devient du superflu, c'est un peu dommage pour un médecin de dire ça, mais…»

E5P1 l8-9 « C'est un objectif qui semble être presque premier pour les médecins, mais pour nous malheureusement, souvent on fait tout ce qu'il y a à faire, et puis après on sera bientraitant… C'est presque un regret de quelque chose qu'on a du mal parfois à atteindre, aux urgences en tout cas… »

E5 p1 l47-48 « avec des soignants qui sont… Je ne vais pas dire en burnout, parce que tout le monde parle de burnout mais en tout cas épuisés par un nombre de patients impressionnants et qui ont parfaitement conscience de ne pas être dans la bientraitance »

E8p3 l33 « il y a des moments où on ne peut plus faire autrement… Et ce moment où on ne peut plus faire autrement, comme je te disais tout à l'heure, on a la sensation, cette impression un peu d'échec, un peu de pas réussir à faire les choses correctement »

E3, 37-39p2 « Me voir en train de marcher dans le couloir avec des œillères pour ne pas répondre aux questions de tous ces patients qui sont en attente là…Et tu t'en veux mais si tu réponds à toutes les questions, tu n'avances pas dans ton travail et…tu te sens tellement mal… et ça, moi je trouve ça horrible… »

E3 28p10 « c'est difficile de se confronter à elles déjà, leur sentiment d'impuissance et de quasiment maltraitance, elles ont l'impression de maltraiter nos patients et… de se sentir tenu pour responsable »

E5 p6 l40 « C'est triste, mais ça témoigne du mal-être surtout… »

LE PATIENT

1/ Pour les médecins, la bientraitance est en lien avec la satisfaction du patient

E1 39p2 « en tout cas j'avais des bons retours et j'étais content. »

E1 49-50p2 « Je voyais qu'elle allait mieux… et elle… elle me remerciait elle aussi, elle me disait vraiment du coup c'était, oui c'était, très satisfaisant. »

E2 p2 l23-24 » mais c'est plutôt des situations ou m'a remercié et on m'a dit que j'avais été bientraitant, qu'ils étaient contents de la prise en charge, que je leur ai bien expliqué, ou que c'était la première fois qu'on leur expliquait ou que... »

E2 p2 l28 « tout le monde est content, tout le monde te remercie, t'as l'impression d'avoir fait du bon travail »

E4 p1 l54-55 « il faut avoir un retour sur ce que eux ils expriment plutôt que ce qu'est nos priorités à nous aussi»

E5 p3 l17 « Et que du coup je suppose que j'ai été bientraitante s'ils sortent contents… » ;

E5 p4 l8-10 « on reçoit après les lettres des familles, les lettres des conjoints, les lettres des enfants, les lettres des parents, qui remercient, et qui justement renvoient non seulement au médecin mais aussi à toutes l'équipe, aides-soignantes, infirmières, la sensation d'avoir été bientraité parce qu'en fait ils le disent quasiment comme ça… »

E5 p4 l37-39 « Mais c'est vrai que c'était une journée ou il y a eu au moins deux patients ou je me suis dit que j'avis servi à quelque chose… Et tant la famille du premier que le patient du deuxième m'ont remercié, et ils ont compris pourquoi on était là, et qu'on rendait service… »

E6 49p9 « au final si il nous remercie c'est qu'on a été bientraitant »

E8 p2 l2 « Malgré ce décès, elle a été très chaleureuse, elle nous a remercié de notre prise en charge, et c'est vrai que ça, ça nous a fait sentir bientraitant »

E4 p1 l54-55 « et je pense que c'est ça, il faut avoir un retour sur ce que eux ils expriment plutôt que ce qu'est nos priorités à nous aussi »

2/ Modulateurs de la bientraitance

a) liés à la maladie, « extrinsèques »

1) Vulnérabilité

E2 p1 l32-34 / tb cognitif « ... Et après ça se complique encore si t'as du mal à communiquer avec le patient, que il faut attendre la famille, que tu sais pas forcément ce qu'il veut, qu'il faut faire un petit peu des soins quand même en attendant, et tu sais pas trop s'il est d'accord ou pas s'il a du mal à communiquer, si il est pas tout à fait là non plus au niveau cognitif aussi... »

E2 p1 l17-25/ manque d'autonomie « et que du fait de son autonomie qui est moindre pendant l'hospitalisation, et bien il peut pas répondre à ses besoins, et souvent, ça lui est refusé ou il a un temps d'attente long, euh, et... il se sent pas libre et bientraité pour promouvoir a ses besoins de base... enfin voilà, quand quelqu'un demande un urinal que ce soit aux urgences, un bassin, qu'on leur donne pas, ou qu'on l'accompagne aux toilettes, qu'on l'aide à marcher ou qu'il aime pas la nourriture, des petites demandes comme ça tout au long de la journée auxquelles on répond avec les moyens qu'on a et souvent ca convient pas toujours au patient, ça crée un peu d'animosité ou ils se sentent pas forcément respecté… ou sur l'habillement la blouse le machin ou des choses comme ça ... (…) mais c'est pas forcément un respect de la liberté des personnes comme ils disent, et de son bien-être physique et psychique quoi.. Il n'a pas accès à tout ce qu'il aurait besoin, envie, au moment où on le prive de beaucoup de choses quoi... »

E2 p1 l37-39 / personnes âgées « ce qui me vient en premier c'est plutôt les personnes âgées ou... Qu'ont pas vraiment la possibilité de faire elles même ou de dire ce qu'elles ont envie ou... »

E2 p2 l41-42 « c'est sûr que tu es plus à risque si tu es poly pathologique, que tu prends du temps dans un endroit qui est déjà overbooké... C'est sûr que t'as peut-être plus de risque de maltraitance pu être au CHU et que tu es poly pathologique par rapport à une structure où.. »

E5 p6 l16-22 «Je pense que les patients que l'on connait bien, qui viennent souvent chez nous pour des motifs à la con, et ou les 3 premières fois on est bientraitant, et puis après on en peut plus, on est plus du tout bientraitant pour ces gens-là… (…) A partir du moment où il y a une insuffisance cérébrale, ou il y a un trouble cognitif, une pathologie psy, ou quelque chose comme ça, les gens n'ont plus la même prise en charge au niveau médical […] on n'est pas bientraitant, par épuisement, enfin ce n'est pas une pierre que je nous lance, je pense que c'est par épuisement de tout le monde, et qu'ils sont autant responsable que victimes de cet épuisement…mais clairement, on n'est pas bientraitant dans ces situations… »

E5 p1 l22-23 « Toutes ces situations de confusion, de chute, de moments de grande fragilité de la personne âgée, ou ce sont des soins qui prennent du temps, de l'écoute, de la demande beaucoup de la part des patients, (…) c'est ce type de situations ou la bientraitance est… je ne dirais pas la plus fondamentale, mais où elle est le plus une démarche à mettre en place, parce que c'est une demande de la part du patient, et où ça se heurte à toutes les contraintes du quotidien… »

E6 25-26p2 » Et après c'est pas évident, c'est des patients qui prennent du temps, et on peut rapidement, par solution de facilité on peut rapidement être moins bientraitant, comme on est un peu sous pression… et je leur jette pas la pierre parce que je pense on l'a tous plus ou moins, on l'a tous peut-être fait à certains moments, moi je pense le premier aussi, de le faire, même en sachant que ce n'est peut-être pas bien, mais le faire parce qu'on y arrive pas, parce qu'on a pas les outils, parce qu'on a pas le temps et… »

E8 P1 l18-20 « et du coup, c'est forcément quelque peu maltraitant quand tu penses à hospitaliser quelqu'un sans son consentement. Parce que au moment où on l'hospitalise, il n'est pas en mesure de donner son consentement, et que l'hospitalisation est censée être un soin… »

E8 P2 l41-49 « si je ne fais rien, 30 minutes après ça va être à nouveau la même chose, elle va se relever, elle va se mettre en danger, elle va refoutre le boxon, elle va se faire mal… (…) je dis que le temps qu'elle est comme ça, ou elle est endormie, il va falloir qu'on la contentionne… Là je me suis senti complètement maltraitant parce que j'étais hors des clous… (…) Donc là je me suis senti vraiment maltraitant… Mais après je… Je ne voyais pas d'autre solutions… »

2) *Différence de temporalité*

E1 22-23p7 « il est allé voir l'infirmière en lui disant que le médecin lui avait à peine parlé, lui avait parlé 2 minutes quoi. Alors que…, alors que c'était pas vrai, j'avais passé le temps, mais c'est vrai qu'il avait passé beaucoup plus de temps à attendre que…, que être avec moi dans la…, enfin en train de…, c'est… que je lui explique quoi »

E2 p5 l63-65 « c'est hyper aliénant de venir pour quelque chose d'urgent, d'attendre et de pas avoir de réponse et de pas savoir ce qu'on va faire de toi, et de pas comprendre… tout le temps… et d'attendre, et d'attendre, et d'attendre !!! Et même si en face tu vois d'autre malades qui ont l'air plus grave que toi, tu penses à toi parce que tu te sens pas bien quoi… »

3) *Complexité médicale*

E1 27-28p2 « Ça rejoint un peu ce que tu dis, c'est que tu as pris l'exemple de la situation complexe où on n'y arrive jamais à être parfait parce qu'on est comme on est, et que c'est pas possible… » / facilité 25p2 « où il est facile d'être pleinement satisfait, c'est des situations simples… »

E2 p2 l30-31 « Ou je pense que là c'est plus facile d'atteindre un niveau ou t'es content de ta prise en charge parce que c'est plus simple à prendre en charge quoi... Après euh dès que les problèmes sont plus compliqués, ça prend plus de temps et il y a plus de facteur qui viennent s'intriquer, et forcément plus de mécontentement à différentes étapes de la prise en charge et euh il y a toujours un petit truc qui t'agace sur ce que tu as fait, ce que tu aurais pu faire... quand c'est simple, c'est vrai que ça va vite, des fois ça suffit à être content de toi même et d'avoir l'impression d'être bientraitant. »

E2 p2 l37-38 « Dès fois c'est avec les problèmes les plus simples que tu t'en sors le plus vite et du coup ça expose à moins de risque de maltraitance quoi... »

E2 p2 l47-49 « moi j'ai le sentiment d'avoir fait bien mon travail, et d'avoir été bientraitant, mais et je trouve que c'est plus facile à atteindre ça dans des exercices de consultation courtes, ou aussi les patients qui viennent en consultation ont des trucs moins graves et moins compliqués que des gens que tu rencontres à l'hôpital »

E3 1-2p17 « qu'on ne peut pas être bientraitant à toutes les étapes de la prise en charge, parce qu'il y a des fois ou il faut aller vite… Ça me fait penser au petit qui avait la torsion de testicule… En gros on l'a poussé sur le billard sans trop prendre le temps de lui expliquer ce qu'il avait parce que tu n'as pas le temps, et que c'est mieux pour lui d'aller vite… Il y a des moments je pense ou la bientraitance passe après, ou la bientraitance s'évalue après aussi… »

E4 p3 l49-52 « qu'informer le patient, c'est déjà pas mal quoi... D2 : Et puis parfois, ça passe au second plan »

E4 P3 l1-2 « puis toi t'es dans l'urgence médicale, de ton truc, où il faut aller vite pour..., enfin tu vois, ça peut arriver sur n'importe quelle pathologie aiguë, ou une décompensation aiguë, ou tu vas être focalisée sur la prise en charge médicale, et tu vas oublier d'informer le patient »

E4p2 l61-62 « en même temps quand t'as 15 patients, et qu'il y en a qui sont plus ou moins lourds, plus ou moins aigus »

E5 p3 l43 « Ce qui est urgent, ce qui est grave et après ce qui est relationnel, ça devient du superflu »

E8 p3 l2-3 « Mais dans tous les cas, la solution qu'on a trouvée après coup elle me paraissait dans tous les cas pas bonne… »

b) *liés à la personnalité du patient*

1) *Exigence du patient – non reconnaissance*

E3 33-34p11 « mais le patient très revendicateur qui toute façon vient et te dicte ce que tu dois lui faire, et bien après, tu as envie de faire juste de la prestation et puis point quoi … »

E3 22-23p8 « c'est plus facile d'être bientraitant avec l'ancienne génération, tu vois (la nouvelle génération) ils ont plus accès à l'information, ils te poussent plus dans les retranchements, et ils sont plus exigeants… Alors que l'ancienne génération ils vont plutôt dire « oh, c'est vous le docteur, je vous fais confiance » »

E3 34p11, 11p12 « c'est sûr que le patient qui vient avec déjà revendicateur et est déjà persuadé du truc, là je crois que je suis non bientraitante, je me braque et là, je pense que c'est la fierté de médecin qui en prend un coup… »

E4 P12 l8-9 « quand le contact est compliqué, quand les gens ils sont un peu dans le « tout m'est dû » de tout à l'heure, quand ils sont tout le temps à réclamer, à râler tout le temps, c'est usant, c'est fatigant. »

E5 p6 l2 « on a plutôt l'impression d'être des prestataires de service, et de peut-être pas avoir tout à fait le même investissement… »

2) *Amalgame maladie / maltraitance par les patients*

E6 38-39p4 « : Non bah, maltraités par la vie parce que… Parce qu'ils ont pas choisis ça et que c'est des situations difficiles, mais ça, effectivement c'est comme ça et on n'y peut rien… Mais après maltraités aussi parce qu'ils ont pas forcément les réponses qu'ils voudraient »

4/ Le patient acteur de la bientraitance des soignants = le patient n'est pas que « traité », il est aussi « traitant » avec les soignants = bientraitance du soignant par le patient

E3 l20p1 « je pense que pour qu'un soignant soit bientraitant, il faut qu'il soit bien traité… et il faut aussi qu'il soit bien traité par la personne qu'il va soigner… »

E4P6 l39-40 « On s'est fait insulter, on s'est fait violenter, et franchement, bah là, t'as plus envie quoi. Heureusement, c'est pas tous les jours ! » (rires)

E4P6l47-49 « Je le fais rapide mais qu'en une garde, je pense que je me suis fait vraiment insulter par 3 patients, mais assez violemment, et dans la SAUV, je me suis fait agresser et y'a le vigile qui est arrivé quoi, y'a un mec il a retourné la SAUV... Et je me suis dit « super, je suis là pour vous soigner, et vous, vous m'agressez quoi ! »

E4P13 l50-51 « ils étaient affreux avec tous les soignants, c'était vraiment compliqué, »

E4P16 l38 « Il y a une différence entre être en souffrance, et puis être désagréable et maltraitant envers les soignants »

E2p7 68-69 suite p8l1-2 « Tu vois, quand tu vas au boulot et que tu y vas parce que tu aimes bien ça, tu t'attends pas à te prendre des coups, et des insultes, et des agressions, et euh quand ça en arrive là et qu'en plus c'est injustifié complètement, ça te fait méga mal au cœur quoi… Tu as l'impression d'avoir mal fait ton travail encore plus, tu vois pour avoir mérité des coups, ça veut dire que tu n'as pas réussi à désamorcer la situation en amont, et que… Tu n'as pas été bon dans ta prise en charge quoi… Donc tu te remets vachement en question, mais c'est hyper dur d'accepter de recevoir des coups sur ton lieu de travail… Enfin moi je ne sais pas mais…

E2p8 l6-8 « Après il y a les coups physiques, mais il y a quand même souvent des altercations orales avec des patients, ou les familles qui ne sont pas contentes etc… Et là pareil, tu te dis « Je ne vais pas au boulot pour me faire engueuler quoi !» Les gens sont agressifs, ils sont hyper demandeurs, et tout ça, j'ai beau prendre mon temps, mon mal en patience, au bout d'un moment, tu satures et tu n'as plus envie de communiquer quoi… Tu te fermes à la communication quoi… »

E4P6 l36-37 « je trouve que de temps en temps, quand on est pris pour des prestataires par les familles aussi, ça je trouve que c'est violent. »

Passe par la reconnaissance de la part des patients

E4P6 l22 « Et puis pour la bientraitance des soignants, je trouve qu'un peu de reconnaissance aussi, de temps en temps ça fait du bien aussi. »

E4p6 l27-30 « quand on a l'impression de se démener pour tout le monde, tout le temps, et que, bah les gens en face ils sont « bah c'est normal que vous fassiez ça, tout m'est un peu dû », et bien moi je trouve que c'est difficile de prendre ça en réponse, alors que on essaye de se démener, on essaye de... alors on devrait pas avoir ce sentiment d'essayer se démener, on fait notre travail. Mais de temps en temps, d'avoir juste un « merci d'avoir pris le temps », juste ça, ça peut me sauver ma journée moi. Il en faut pas beaucoup hein, mais de temps en temps... »

E4P6 l59-60 « Et heureusement, en fin de nuit, y'a des gens un peu plus sympathiques, mais juste un peu de sympathie quoi, qui m'ont un peu radoucie avec tout ça... »

LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE

1/ La relation, prérequis de la bientraitance

E1 21p13 « C'est que l'humain est au centre de la bientraitance en fait »

E7 47p4 « On n'est pas que des techniciens ! »

a) *Présence / écoute / relation de confiance*

E1 28p5 « mais la bientraitance elle débute par la communication, parce que c'est par là qu'on entre en contact avec les gens »

E1 46-47p4 « donner les explications, parler avec le patient, le laisser parler, l'écouter… »

E1 13-15p3 « Après on sent que des fois c'est plus agréable quand on a le temps de pouvoir… discuter, s'assoir réellement à côté du brancard et parler avec les gens, de, de ce qu'ils ont envie de parler en fait, qui souvent fait la globalité de la personne. Évidemment, on est… on est meilleurs, on sent que c'est mieux, nous on se sent mieux, eux ils se sentent mieux »

E2 11-14 p1 « Pour moi [la bientraitance] c'est plus tout ce qui est entretien, quand on parle aux gens, (…) et c'est surtout ça que retiennent les patients, c'est les interactions que t'as avec eux, parce que, enfin, après le coté physique, on n'a pas forcément trop de mal plus souvent, c'est plus la façon d'annoncer des choses graves et des machins comme ça »

E2 45-46 p1 « tu peux parler de leur maladie, tu peux répondre à leurs questions, leur dire comment ça va se passer, le traitement, pourquoi comment »

E2 46-48 p2 « content d'avoir apporté des réponses au patient d'avoir eu du temps, de lui avoir bien expliqué ce qu'il a, son ordonnance, pourquoi on fait ci, ce qu'il risque etc. et que le patient a compris, ou t'as l'impression en tout cas qu'il a compris »

E3 10p1 « faire ce qui est dans notre possibilité pour faire ce qui est le mieux pour le patient mais effectivement, plus dans ce qui est du lien humain plus que purement physique »

E3 32p6 « Après peut être qu'on cherche aussi juste le truc qui fait qu'on n'ait pas l'impression d'être soigné juste par un ordinateur, un logiciel… Le fait que voilà, qu'il y ait un humain qui te soigne derrière et qu'il y ait une espèce de colloque singulier »

E4 31-32 P3 « c'est important d'essayer de prendre le temps d'expliquer. Et clairement quoi, et de faire répéter les choses, c'est trop important quoi »

E4 47-48 P1 « on décide des choses entre nous, et puis il faut prendre le temps d'aller le redire au patient et... »

E4 17 p12 « et le lien de confiance que tu peux créer aussi »

E4 9-10 p1 « faire en sorte que ce soit le moins stressant possible, et du coup d'avoir de la bienveillance envers ça, et de faire attention à tout ce qu'on dit, tout ce qu'on fait, parce que de l'autre côté c'est pas facile quoi. »

E4 49-50 p2 « c'est vrai qu'informer le patient, c'est déjà pas mal quoi... » ;

E5 10 p4 » D'avoir été écouté, d'avoir respecté notre [le patient] rythme »

E5 29-31 P5 « dans la façon dont on parle au patient, dans la façon dont on répond à sa demande, dans le temps qu'on essaie d'apporter, (…), dans le message de confiance qu'on essaie de leur donner pour qu'ils s'en remettent à nous… »

E6 36p1 « Et la première chose c'est de répondre à leurs questions et à leur motif de venue… »

E6 33p1 « Je pense le premier point c'est répondre aux attentes du patient, au pourquoi il vient, en hospitalisation ou en consultation… »

E7 29-30p1 « Non mais le temps que tu prends, par exemple, juste je sais pas, l'aspect relationnel sans que ce soit la communication, la manière d'écouter… »,

E7 28-29p2 « Et puis je pense qu'on peut arriver à une bientraitance que si il y a une confiance réciproque. Parce que sans confiance, il ne peut y avoir que de la maltraitance »

E7 45-47p3 « : Oui, sur les choses pas compliquées, si tu es en accord, en fait, avec ton patient sur, des fois tu as des doutes, mais si tu leur expliques et que tu arrives à avoir une interaction comme ça, où chacun se tient au courant, tu t'es mis d'accord avec le patient, tu lui as dit « rappelez-moi » »

E7 16-17p1 « Alors que spontanément, tu aurais plus tendance à filer vers une forme de maltraitance si il n'y a pas de discussion, et si tu t'enfermes dans tes connaissances. »

E7 20-22p1 « dans notre métier, qui est qu'on a des gens qui viennent nous voir pour ce qu'on est, nous, et pas seulement pour nos connaissances ; en tout cas pour une bonne partie des patients. Et donc, ça rentre certainement dans la bientraitance, ils savent qu'ils sont écoutés par chacun de nous. »

b) *Adaptation au patient*

E4 p1 l15-16 « je pense qu'il y a beaucoup d'histoire de compréhension : pas parler dans son coin, avec son langage, ça je pense c'est hyper important dans cette histoire de bientraitance. S'adapter… D1 : Se mettre à la place, au niveau du patient, ouais »

E3 41-42p5 « Je pense que ça dépend vraiment du patient… […] Et du coup, je pense que c'est savoir s'adapter aussi à leurs attentes… »,

E3 40p7 « Enfin c'est toujours s'adapter et c'est ça qui fait la beauté de la médecine, c'est toujours s'adapter à la personne qu'il y a en face de nous et je trouve que c'est comme ça que la bientraitance elle est dans chaque consultation… »

E5 37-38 P5 « Ça peut être soit parce qu'il y a des messages différents patient / famille, et donc du coup on essaie de faire des compromis, de s'adapter et… »

E5 p1 l32-33 « on est obligé de s'adapter au domicile, s'adapter au patient, s'adapter à la famille, et du coup, de fait, il y a la « démarche globale qui prend en charge le patient, l'usager, l'accueil de l'entourage » … et son écoute et ses besoins en théorie… »

E6 5-8p4 « On s'adapte vraiment aux parents, parce que parfois on essaie de ne pas aller trop vite chez des parents qui ne sont pas prêts, il y a des parents qui veulent beaucoup de réponses, qui veulent savoir vite, et puis quand on leur donne la réponse, c'est brutal, c'est d'un coup et c'est comme ça entre guillemets… »,

E6 34p5 « Donc là, bien les traiter ces parents, c'est aussi anticiper ça… Et accompagner leur choix entre guillemets… »,

E7 34p2 « Et il y a en d'autres qui sont juste techniciens et qui appliquent un peu le savoir à la ligne »

E7 36p1 « Moi je pense, quand même, que la bientraitance, c'est la façon d'adapter notre connaissance à l'individu »

E8 p1l53-54 « Et là, la bientraitance était surtout autour de sa famille, ou dans le service on a quand même assez adapté le cadre de l'hospitalisation »

c) *Humaniser l'autre (nécessaire à la notion de relation)*

E6 l7-8p3 « Je pense que la bientraitance c'est d'abord reconnaitre le symptôme, d'abord reconnaitre ce que le patient dit… »

E6 l47-48p6 « et je pense que ça fait partie un peu de la bientraitance de parler d'autre chose et de ne pas le stigmatiser à une maladie ou à des symptômes, de se rappeler qu'il a une vie, que ça lui fait forcément plaisir quand on lui affiche les dessins des petits enfants… Et je pense que de lui dire un petit mot sur les petits enfants ça n'a rien avoir avec ce pourquoi ils sont là, mais c'est important… »,

E6 8p7 « Non mais bon, je pense que ça c'est un peu le risque, de stigmatiser les gens à une maladie quoi… »

2/ Les enjeux de la bientraitance dans la relation soignant-soigné

a) *Accordage, construction commune (exemple de la fin de vie)*

E1 34-35p12 « Puisque, puisque souvent c'est toi qui la mène, enfin tu mènes une consultation, c'est toi qui sait…, c'est toi qui va…, qui va l'amener vers quelque part…, donc c'est à toi de trouver le bon chemin pour aller, pour aller… justement… de choisir le chemin de la bientraitance quoi »

E2 p4 l 7 « Il faut qu'il soit d'accord avec ce qu'on lui fasse, et qu'on lui fasse bien »

E2 p 4 l33-34 « Bientraiter un patient qui ne veut pas être traité c'est justement savoir le convaincre, lui expliquer qu'il faut le traiter même si ça lui plait pas, lui expliquer les choses, qu'il accepte et c'est bientraitant de lui avoir fait accepter d'être privé de ses droits et de ses libertés. Pour moi on traite bien un patient en acceptant qu'il parte au bloc, ou qu'il se fasse endormir alors qu'il refuse, enfin du point de vue du médecin, c'est notre devoir de bien le soigner et … »

E2 30-31 p5 « que les gens se sentent impliqués dans la prise en charge de leur santé c'est important pour eux aussi, d'avoir l'impression d'en faire partie, qu'on les écoute et qu'ils ont leur mot à dire parce que c'est censé être ça… »

E2 34-35 p1 « Et du coup des fois : savoir est ce que ce qu'on fait c'est vraiment dans son intérêt, est ce que lui il avait vraiment envie que l'on fasse quelque chose »

E2 13 p2 « de prendre le temps pour tout le monde, d'écouter tout le monde, et de faire, euh un peu ce que les gens voulaient ... »

E3 15 p1 « Par exemple la bientraitance ça ne va pas forcément être d'offrir un traitement optimal à un patient si celui-ci ne va pas le désirer ou va être trop lourd pour lui… »

E3 33p1 « Moi ça me fait penser à la fin de vie, enfin la bienséance, parce que respecter la mort et les volontés de quelqu'un qui est en train de … qui est au bout de sa vie »

E3 25p2 « on a pas été bientraitant, parce qu'on a pas répondu à ses attentes…même si elles ne sont pas forcément bien fondées… »

E3 44p5 « En fait, c'est avec le patient qu'il faut définir ce que c'est enfin en accord avec lui… en s'accordant à son projet…on devient bientraitant… »

E4 21-23 P8 « J'étais triste, mais j'étais hyper contente, parce que là, je me suis dit : « franchement, cette dame qui demandait juste de ne pas souffrir et qui voulait juste retourner au Togo, bah c'est les 2 objectifs qu'elle a eus. ». Et là, j'étais hyper contente. C'était cool… »

E4 15-16 p15 « tu fais un peu un pacte avec, pas un pacte, mais... enfin un projet avec ton malade quoi, et ça pour que ton malade il soit d'accord, il faut quand même que tu ais… une accroche quoi avec eux… »

E4 21 p15 « Il faut une alliance avec ton malade, plutôt qu'un pacte ! (rires) (silence) »

E4 44-49 P1 « c'est difficile de mettre des limites, sur qu'est-ce qui est du projet de rééducation, qu'est-ce qui est du respect du choix du patient, et voilà ça va être discuté avec le patient… l'équipe, sa famille, pour voir ce qui est le mieux pour le patient. »

E4 62-63 P1 « c'est pas toujours évident de respecter leur quotidien, leurs habitudes, nous on a envie d'arriver, on débarque avec tout notre bazar, notre barouf, notre machin, et avec les horaires, des choses qui… »

E4 1-2 P2 « et en fait, on essaie de s'adapter mais de temps en temps on y arrive pas… Mais on essaie quand même de prendre en compte ça, mais c'est pas toujours évident quoi. »

E4 29-31 P2 « on a beaucoup d'accompagnement de fin de vie, et euh… en tant que médecin souvent t'as envie d'y aller, t'as envie de tout donner, et puis en fait, bah ça se discute et il y a des gens qui veulent qu'on s'arrête, et de temps en temps la bientraitance c'est juste savoir écouter et savoir soi-même s'arrêter même si c'est très frustrant médicalement… c'est pas évident du tout. »

E4 43-45 P7 « Et bien on a rediscuté avec la patiente, la famille, les soins pall' sont venus, et on a décidé de pas mettre cette antibiothérapie, […], et c'était ce qu'elle voulait quoi, donc c'était… hyper satisfaisant »

E4 1-2 P8 « c'est écouter ce qu'ils veulent eux, ce qu'ils ont… dans la mesure où ils ont compris ce qu'ils avaient quoi, en leur expliquant… les conséquences de ce que tu fais, des actes, de…

E4 29-31 P8 « on peut pas être content de ce qu'on fait, si le patient est pas d'accord avec la prise en charge… Enfin, forcément, forcément, les fois où on se sent bientraitant je pense que c'est qu'on a fait quelque chose en accord…, enfin en accord commun quoi. »

E4 47-50 P8 « Tu discutes, tu reposes les choses, attendez on va reprendre un petit peu, est-ce que vous avez bien compris, on reformule, on prend le temps tout ça… Non toujours pas ? (rires) Bon c'est pas grave, mais de

temps en temps c'est un peu frustrant… Mais après c'est pas notre vie, enfin, c'est à eux de décider, il faut qu'ils soient acteurs de la prise en charge. De temps en temps c'est dur, mais il faut qu'ils soient acteurs… (silence) »

E7 30-31p3 « Donc ça montre bien que c'est pas forcément dans les meilleurs soins qu'on trouve l'adhésion du patient et que lui se considère bien ou mal-traité »

E7 40p1 « C'est une communication, mais c'est surtout une adhésion à un programme de soins. »

E7 11p2 « Et la bientraitance, je pense qu'elle ne peut s'inscrire que dans un projet de soins. »

E8 42-44 P1 « on essaie d'éviter les hospitalisations, ça c'est un gage de bientraitance… Surtout pour les personnes qui ont de très mauvais souvenirs des hospitalisations en psychiatrie sans consentement, qui peuvent être persécutés par les soins, par les médicaments, par le fait de ne pas être d'accord en fait avec tout ce qui se passe dans ces moments-là »

E8 55 p2 et 1 p3 « on a parlé, on l'a désentravée, on a enlevé toute contention, mais par contre je lui ai dit que si elle refaisait un autre épisode comme ça dans la nuit, on serait obligé de changer le mode d'hospitalisation parce qu'elle se mettait en danger… »

E8 37-39 P3 « il y a quand même eu une réflexion en amont, c'était pas « aller hop, cette personne on l'hospitalise », c'est plutôt, on l'hospitalise, mais avec quel bénéfice ? Avec quel bénéfice et avec quels inconvénients… Donc ça reste quand même une balance bénéfice risque, et quand la balance est du côté du bénéfice, il y a plus trop à se poser de questions… »

E7 20p4 « Il y a un contrat moral de soins, où il doit y avoir osmose entre les 2 [participants, patient et médecin]»

E7 17-18p3 « [la bientraitance] c'est si on est en adéquation avec ce qu'attend le patient… »,

E7 11p3 « Moi je pense que la frontière entre maltraitance et bientraitance se situe… dans l'acceptation du soin par la personne »,

b) *Compromis, si impossibilité d'accordage : équilibre entre réalité médicale et volonté du patient*

E3 18-19p4 « Entre ce que nous on aimerait, c'est-à-dire le savoir à l'hôpital dans une petite cage dorée à l'abri, et ce que le patient veut, et ce qui est possible, je trouve ça compliqué… »

E3 8p5 « Mais dans toutes les autres petites situations […] en fait c'est un peu là ou toi tu mets le curseur… »

E3 43p11 « Oui, du coup tu te dis que si tu fais ce qui te satisfait toi, ça ne va pas le satisfaire lui, et que si tu fais ce qui le satisfait lui, ça ne va pas te satisfaire toi… voilà, moi c'est la prise en charge à la demande »

E3 16p16 « je lui ai dit que j'étais à l'écoute mais… je lui ai rentré dedans, et je lui ai fait peur, alors qu'il venait pour un truc à la con, enfin pour un tout autre motif, et il est reparti avec surement plus d'inquiétude qu'avec celles qu'il était arrivé mais…Et toi tu t'es senti bientraitant ? Oui »

E3 21p16 « il y a le coté satisfaisant pour l'un et pour l'autre, et je ne suis pas sûr que l'on puisse toujours arriver aux deux… Et je pense qu'il y a des fois où il vaut mieux satisfaire le patient, et des fois où il vaut mieux satisfaire le médecin… »

E3 25-26p16 « Je pense qu'on garde quand même cette position de sachant pour beaucoup de choses, et que des fois, si le patient n'a pas envie de comprendre, en tout cas les antibiotiques c'est ça, et bien il ne comprend pas… […] On ne va pas contre sa liberté, mais juste on ne l'autorise pas… Ce n'est pas aller contre sa liberté, mais aller contre sa volonté… »

E3 16-17p18 « Des fois, les attentes du patient, ce n'est pas exactement les attentes du médecin, et des fois la question c'est aussi comment faire correspondre les attentes du patient avec celles que tu as en tant que médecin… »

E4 17-20 p9 « C'est pas tu vois, c'était… pas le rêve de la patiente mais c'était ce qu'elle avait besoin, à l'instant t où elle était pas bien quoi, et c'était… elle avait plus besoin de ça que… (…) c'est effectivement entendre ce que veut le patient, ce qu'il a besoin, ce qui lui ferait plaisir… et voilà voir, jusqu'où c'est possible dans l'hôpital et dans l'organisation de l'hôpital. »

E4 7-8 p11 « on revient sur l'équilibre, qui n'est pas facile à trouver, mais un jour on y arrivera ! »

E5 16-17 p4 « et que le but n'est pas non plus de répondre à toutes les exigences des patients, et que voilà, il y a nécessité de mettre un cadre… Donc ce n'est pas forcément non plus répondre à toutes les demandes de liberté ou de… je ne sais plus comment disais la HAS mais…pas pleinement et totalement… »

E6 14p6 « on peut argumenter, expliquer aux parents, on peut souvent aller contre leur avis quand même, globalement, on arrive à cheminer avec eux… Mais comme c'est pas dans l'ordre naturel des choses, c'est quand même plus compliqué… [la prise en charge de la maladie de l'enfant] »

E7 38-41p3 « Et puis il faut, si on arrive pas à se mettre d'accord dès le départ, c'est là que ça va demander beaucoup de temps, parce qu'il va falloir faire adhérer à un projet scientifiquement reconnu quelqu'un qui s'y oppose. C'est pas parce que tu t'y opposes qu'on est dans une maltraitance. Non ! Il faut que cette opposition soit conduite progressivement vers une adhésion à un soin, et là on est dans une bienveillance »

E7 5-7p4 « Et là, on est dans la bientraitance de reprendre un peu tout et de les faire adhère à un programme dont ils n'ont pas compris la finalité, et les faire repartir avec l'acceptation de ce qu'a dit de manière un peu bourrue un des spécialistes, c'est leur rendre service plutôt que les laisser s'envoler dans la nature »

3/ Les limites de la bientraitance dans la relation soignant-soigné

a) Les limites pratiques

1) Mauvaise qualité relationnelle

E1 14p4 « il y a aussi des relations, mine de rien avec certains patients, bah ça passe moins bien qu'avec d'autres »

E1 15-16p10 « il y a des patients, on les sent pas, (rires) et puis on se dit : « bon, il doit bien avoir ça..., de toute façon... il a rien... il est déjà venu hier, il est déjà venu avant-hier... pfff » Et..., et donc, t'as envie de... t'as envie de... tu, tu bâcles un peu la prise en charge, parce que..., parce que y'a tout qui me gonfle dans cette prise en charge quoi. »

E4 p11 l50-51 « il y a le contact avec le patient aussi, quand ça prend pas... En fait, bah il y a des gens avec qui ça passe pas... et quand ça passe pas, et bien : on explique moins bien, on prend moins le temps... ça joue aussi. »

E4 P11 l64-66 et p12 l1-2 « et bien il y a des patients avec qui… bah on a envie d'être médecin, et d'autres avec qui on a moins envie... (…) il y a des patients qui nous rebutent, je pense malgré nous... Et, forcément, quand on est moins... on a moins envie de passer, enfin on a moins envie de discuter avec des gens, je pense qu'on est forcément moins bientraitants... »

E6 14-16p2 « Effectivement, avec certains patients, je ne sais pas, les patients qu'on pourrait dire un peu chiants ou autres… Ça nous arrive, d'avoir des patients un peu chiants, ou des parents… Et on se rendra compte qu'indirectement sans s'en rendre compte, on ira peut-être moins les voir ou on les verra mais on passera peut-être moins de temps…pour leur expliquer les choses »

E7 43p5 « On en a déjà bien parlé, c'est le frein du patient… Si on est pas en phase, ça avance pas… »

2) Non convergence entre la volonté du patient et celle du médecin

E2 P4 l42-43 « tu as des situations de refus de soin, mais c'est des refus de soin global et borné et là tu te casses les dents parce que c'est vraiment compliqué les patients qui refusent tout soin »

E3 43p11 « Oui, du coup tu te dis que si tu fais ce qui te satisfait toi, ça ne va pas le satisfaire lui, et que si tu fais ce qui le satisfait lui, ça ne va pas te satisfaire toi… voilà, moi c'est la prise en charge à la demande… Je me dis que c'est plus en consultation… Et en hospitalisation, au-delà du manque de temps, je crois que c'est le principal frein… »

E3 5-6p5 « Tu vois si tu fais une HO, pour le patient ce sera forcément un sentiment de maltraitance, alors que toi ce sera un sentiment de bientraitance parce que tu as pensé faire au mieux … C'est la situation où tu vas à l'encontre complet de la volonté de ton patient et justement, il y a un cadre législatif à ça »

3) Relation financière directe au sein de la relation

E1 39-40p5 « moi je sais que en médecine générale par exemple j'avais énormément de mal à recevoir l'argent. Et pour moi, me faire payer pour un soin, pour mon métier…, c'est quelque chose que je n'acceptais pas du tout, et pour moi c'était quasiment de la maltraitance en fait, de demander à la fin d'une consultation de demander 32 euros »

E1 21-23p6 « moi j'ai pas besoin de recevoir de l'argent pour me sentir bientraitante et pour moi, mon métier est complètement détaché de l'argent. Et que… voilà effectivement moi l'argent, je le conçois pas en relation du tout avec…, avec ma prise en charge en fait médicale, et pour moi c'est deux choses complètement différentes, et que c'est à pas moi d'associer, en tant que médecin. Que ça passe par quelqu'un d'autre, je trouve ça très bien, mais que ce soit pas à moi en fait de le faire…, »

E1 33-34p6 « que tu essaies de faire un truc, et puis, en fait voilà, maintenant vous me devez 23 euros, la porte est par là… Ça coupe tout quoi, en fait…, ça coupe tout, presque pour moi ça coupait tu vois, un lien… médecin-patient en fait. »

4) *Facteur humain, imperfection humaine*

E3 21p12 « qu'il faudrait se remettre en question, mais je pense qu'on est que humain, et que ce n'est pas possible… que ça se passe bien avec tout le monde… »

E3 31-33p6 « peut être qu'on cherche aussi juste le truc qui fait qu'on ait pas l'impression d'être soigné juste par un ordinateur, un logiciel… Le fait que voilà, qu'il y ait un humain qui te soigne derrière et qu'il y ait une espèce de colloque singulier, oui tu ne peux pas l'avoir tout le temps… »

E4 p1 l54-57 « On n'est pas en face de robots, et on est pas des robots non plus, donc tu as forcément... ton investissement personnel dans des situations, où tu t'identifies forcément un peu, enfin tu vois il y a forcément des situations où tu vas être plus bienveillant parce que, parce que tu as des situations qui te touchent, parce que tu trouves que c'est compliqué, parce que, enfin je pense qu'il y a des fois où tu as tes sentiments qui entrent en jeu aussi dans ta prise en charge avec les malades »

E5 p4 l35-36 « Enfin ça ne tient à rien le soin, mais parce qu'il était hyper sympa, parce qu'on a eu un bon contact et tout, » ;

E5 p7 l19-20 « C'est vrai qu'on reste des humains, alors on s'implique plus avec des patients avec qui le contact passe, des patients – c'est affreux de dire ça – mais des patients intéressants, désolé » ;

E5 P7 l25 « Les patients avec qui ça se passe bien sont mieux traités »

E7 21-22p3 « : Le respect ! Et c'est ça qui est surtout important à mon avis, c'est de respecter ce qu'attendent de toi les gens à partir du moment où ça ne nous met pas en difficulté. Parce que si ça nous met en difficulté, à ce moment-là on va devenir maltraitant malgré nous »

b) *Limite théorique : L'injonction paradoxale normative*

E6 49-51p1 « Même si dans le monde idéal, il faudrait qu'on soit – enfin peu importe, c'est un peu le principe de l'empathie- qu'on fasse abstraction un peu de nos propres ressentis, toujours à la bonne distance vis-à-vis du patient mais… »,

E6 8-10p2 « que je pense que pour être bientraitant, il faudrait avoir globalement le même comportement, le meilleur comportement vis-à-vis de chaque patient,… mais je pense que ça reste une difficulté, parce que dans le relationnel, on n'est pas pareil…On n'est pas prédisposé pareil, on n'a pas les mêmes armes, dès fois on ne sait pas répondre aux questions des patients, on ne sait pas utiliser leur propre langage, et là on peut être un peu malveillant si je puis dire, enfin pas dans la bientraitance parfaite, parce qu'on arrive pas à répondre aux questions et que ça nous énerve, et que c'est pas évident… »

4/ L'amélioration de la relation pour « l'amélioration de la bientraitance »

a) *Remise en question de la relation, prise de recul sur les difficultés relationnelles*

E1 41-43p10 « Autant y'a des choses, je pense qu'il faut souvent se le rappeler, se redire…, et pas se laisser à la facilité, de dire « bon de toute façon il verra bien, ça va suivre son chemin, maintenant il est sur des rails le patient, et puis… » Non je pense qu'à chaque fois il faut reprendre un peu, et se dire « non mais là ça va pas ce que j'ai fait, faut, faut que je corrige le tir, faut que j'aille voir la personne… »»

E2 p10 l25-26 « tu peux essayer de modifier un peu aussi à posteriori, je ne sais pas rappeler la famille, rappeler le patient, rappeler les médecins qui le suivent pour essayer de … faire ce qui soit le plus satisfaisant, ou te dire que tu ne referas pas pareil la prochaine fois… »

E4 p3 l10-13 « que j'ai rattrapé le coup (…) enfin si je me suis trouvée bientraitante, et je me suis excusée auprès de la patiente, je lui ai dit « je suis désolé ça va vite », »

E4 p12 l33-35 « de répéter les choses en fait, si ça passe pas à un instant t, et bien, savoir revenir, au moment où tu vois, c'est pas 11h30, où le patient il a faim, ou bien... non mais tu vois c'est des trucs où voilà... Ou il est peut-être mieux luné l'après-midi, mieux réveillé l'après-midi... »

E4 p12 l51-53 « Et puis essayer de rattraper les boulettes, quand on en a fait aussi ! (rires) (silence) »

E4 p13 l10-12 « ouais rappeler les patients, si y'a un truc sur lequel on... on repense après coup ou quoi je pense que c'est important, bah pour qu'il en soit informé et pour que nous, on n'ait pas d'arrière-pensée... »

E4 P13 l45-46 « puis y'a des choses que tu peux améliorer, si ça se reproduit, bah je serai meilleur ou je ferai pas de la même façon... Et puis effectivement, souvent tu peux rattraper les choses, quand t'es pas satisfait : soit tu rappelles, soit tu revois le patient, soit t'en discutes... »

b) *La reformulation : améliorer la communication*

E1 3-6p3 « quand on les emmène en communication thérapeutique et…, […] ça mène à dire j'ai été bien traitant en fait pour mon patient, je l'ai je lui ai pas fait mal, j'ai pu enlever son appréhension…, j'ai pu l'emmener dans un climat où il avait un peu plus confiance, et où il était mieux, plus serein »

E1 5p11 « mais parfois, dans ma journée, ou après un patient…, je, je me fais la réflexion que c'était pas top, et du coup bah, soit tu retournes le voir, soit tu corriges…, tu peux corriger aussi tes mots, ton vocabulaire… Euh… Vis-à-vis du patient »

E3 3p14 « Je pense qu'il faut améliorer la communication, qu'on synchronise notre patient avec nous pour la bientraitance… »,

E3 4-5p14 « Je pense qu'il faut l'aider à ce qu'il reformule ses attentes, lui reposer la question, est-ce que ça correspond à ce que vous attendiez et là on voit ce qu'il en attend, reformuler cash ses attentes… »

E4 p12 l25 « bien y'a une relation de confiance qui s'instaure et puis on y arrive »

E4 p12 l26-29 « apprendre aussi à savoir comment le patient communique, et à quoi il est réceptif. On peut lui parler pendant 10 minutes, et on va lui demander « qu'est-ce que vous avez compris ? » « bah, que j'ai un examen tout à l'heure », « Ok, super... On va reprendre les choses ». Et ça, je pense que c'est vraiment important, de…, de s'adapter à son public quoi. (silence). Et si on va trop vite et qu'on prend pas le temps de vérifier, et bien, ça se trouve il a rien compris le mec, ça se trouve il parle même pas français... »

E4 P14 l1-2 « t'essaies de... tu prends un peu sur toi de toute façon, faut t'adapter au patient que tu as en face, et... t'es pas sensé juger, »

E7 32p6 « quand tu as senti un malaise avec quelqu'un, ça peut être d'en reparler lors d'une autre consultation aussi, enfin selon l'approche que tu peux avoir avec les gens aussi…. Réévoquer cette situation là en disant : « bon, c'était pas comme d'habitude », peut-être arriver à trouver des causes… pour repartir sur des bonnes bases»

c) *Le recadrage*

E3 45-46p16 « ça a permis de réorienter le dialogue sur plutôt un projet d'hospitalisation, et de lui expliquer ce qu'on allait faire en hospitalisation, et ça a permis de changer sa façon de voir les choses et de ré entamer un nouveau discours… Après c'est sûr que sur le coup, ce n'était vraiment pas sympa, et j'avais mis un peu les formes, mais je n'avais pas non plus hyper enrobé… »

E4 40 p14 « Après peut-être sans arrêter la consultation, peut-être juste recadrer les choses un peu, »

d) *Faire du compromis, coconstruire*

E4 P8 l47-50 « Tu discutes, tu reposes les choses, attendez on va reprendre un petit peu, est-ce que vous avez bien compris, on reformule, on prend le temps tout ça… Non toujours pas ? (rires) Bon c'est pas grave, mais de

temps en temps c'est un peu frustrant… Mais après c'est pas notre vie, enfin, c'est à eux de décider, il faut qu'ils soient acteurs de la prise en charge. De temps en temps c'est dur, mais il faut qu'ils soient acteurs… (silence) »

E4 P2 l29-31 « en tant que médecin souvent t'as envie d'y aller, t'as envie de tout donner, et puis en fait, bah ça se discute et il y a des gens qui veulent qu'on s'arrête, et de temps en temps la bientraitance c'est juste savoir écouter et savoir soi-même s'arrêter même si c'est très frustrant médicalement… c'est pas évident du tout »

E5 P2 l36 « Et quand ça rentre en conflit, qu'est-ce que tu fais ? E1 : Des compromis… »

E5 p2 l40-41 « c'est que je pense d'abord à ceux qui restent, en me disant : « Quand il y a incompatibilité, souvent c'est compromis, mais c'est souvent compromis en faveur de la personne qui va continuer à vivre derrière » »

E5 p3 l4-5 « et on arrive à expliquer à la personne qu'on n'est pas bientraitant en faisant ce qu'elle souhaite… »

e) Evaluation croisée

E7 4-5p7 « Est-ce que vous pensez qu'il doit y avoir une évaluation de la bientraitance, je dirais pourquoi pas. C'est-à-dire que je verrais bien à la limite, comme dans l'entreprise, où à chaque fin de consultation, le patient donne une note, toi tu donnes une note de ta consultation, (rires des autres participants) et ça pourrait être un moyen d'évaluation de l'adéquation dans la consultation. »

LE CONTEXTE

1/ Bientraitance et contexte familial

a) *Importance de recontextualiser le patient (famille…)* E3 10-11p14 « De se mettre en phase finalement, le médecin le patient et la famille, des fois ça aide… »

E3 8p14 « ça permet de faire un bon relais, de peut-être un peu mieux traduire comment est le patient de base, qu'est-ce qui l'angoisse, ce avec quoi il est à l'aise »

E3 20-21p14 « Je pense que par ce biais-là, on peut être un peu plus bienveillant, parce qu'on réintègre le patient dans son quotidien et pas juste dans sa pathologie… »

b) *Equilibre entre bientraitance de la famille et du patient*

E5 19-24 P2 « être dans la bientraitance pour le patient serait vraiment de la maltraitance pour l'entourage. Et cette balance de savoir, enfin on soigne le patient certes, mais c'est l'entourage qui reste derrière, et réussir à… (..) c'est impossible, c'est inentendable, et que de toute manière, c'est maltraitant pour la famille… Et finalement, on choisit d'être bientraitant pour les personnes qui restent et pas pour la personne qui va décéder… »

E6 38-40p5 « Parce que là typiquement, la bientraitance de la fin de vie c'est l'exemple qui montre que la bientraitance, ce n'est pas que celle du patient mais aussi celle de la famille et tout ça, un peu comme en pédiatrie ou là, tu as la famille qui est toujours présente et tout ça…Qui est toujours en attente de réponse, de prise en charge et tout ça… Qui est parfois discordante avec le patient lui-même…C'est une période je pense qui n'est pas évidente dans la bientraitance… »

E6 10p6 « C'est vraiment un moment critique de la vie ou c'est difficile le juste milieu, d'accorder la bientraitance du patient à la bientraitance de la famille… Enfin c'est compliqué je pense… »,

E6 23-24p6 « Parce qu'il y a une dynamique triangulaire, entre les médecins, les parents, l'enfant… Du coup, quand même, l'important c'est d'être bientraitant pour l'enfant… Et ça on essaie quand même de le faire avec les parents… »

2/ Bientraitance et contexte de relation d'équipe

a) *Le rôle de l'équipe dans la bientraitance du patient*

1) *Relation inter-soignants (= chaîne de bientraitance)*

E1 31 p5 « La bientraitance, elle est là… tout le monde peut y participer, comme un brancardier, quand il dit « bonjour vous êtes bien Madame machin, je vais vous emmener à votre examen, est-ce que vous n'avez pas froid»

E1 48-49p3 « effectivement il faut plusieurs acteurs avec des rôles différents, et c'est la somme des acteurs qui aboutiront en fait, à une chaîne de prise en charge globale… bientraitante »

E1 l36-40p1 « une démarche globale dans la prise en charge du patient donc c'est quelque chose qu'on fait tous les jours quotidiennement, et c'est même ça peut même être quelque chose de global au niveau d'un service, une réflexion globale dans la prise en charge du patient dans sa totalité en fait, de son arrivée à la fin dans tout son parcours de soins en fait, il faut que tous les acteurs soient engagés pour avoir un climat qui permet d'avoir une bientraitance »,

E3 l45-46p1 « Tu vois le coté paramédical, les kinésithérapeutes, pour moi c'est un peu une façon de voir vraiment l'aspect très collectif de cette bienveillance ou on ne peut pas marcher tout seul… »

E5 43-44 p1 « l'institution, l'entourage, les patients, les usagers, on travaille bien tous dans le même sens, »

E5 15-17 p5 « Je ne pense pas qu'on puisse être bientraitant tout seul je pense… On ne peut pas médicalement… On aura beau prendre le temps de s'asseoir, de voir ce que la personne sait, de voir son projet à elle, les

thérapeutiques, et l'élaborer avec elle, si le reste de l'équipe ne se comporte as dans ce même objectif et avec ce même respect de la personne là où elle en est, on n'est pas bientraitant… »

E5 9-10 P5 « la façon dont tout le personnel considère le patient et le prend… C'est sûr que la bienveillance c'est un travail d'équipe… Enfin la bientraitance, pardon … »

E5 41-42 p6 « : Ce qui revient à ce qu'on disait tout à l'heure, c'est-à-dire que la bientraitance ce sont des maillons qui s'enchainent et qu'il y a la bientraitance envers le patient, envers sa famille mais aussi du personnel entre lui, ou envers lui aussi… »

E5 16-17 P9 « c'est les maillons d'une chaine et chaque maillon est indispensable, et la façon dont la hiérarchie nous traite, dont l'administration nous traite, dont on traite nos collègues, »

E5 20-21 P9 « j'ai l'impression d'avoir des collègues qui sont tous agréables et facile d'accès (…) et tout en découle, on a tous une influence les uns sur les autres… »

E6 41-42p1 « C'est-à-dire que ce n'est pas individuel quoi…c'est vraiment global… Pour moi la bientraitance passe par toute l'équipe, et c'est vraiment un travail d'équipe, c'est-à-dire qu'effectivement, c'est…Une dynamique d'équipe »,

E1 12p2 « Bon après c'est difficile de, enfin c'est difficile de penser à, de penser à tout quoi, et c'est la richesse de travailler en équipe. C'est justement que on se complète vraiment par rapport à ça. »

E1 44p3 « c'est la prise en charge de tout le monde qui fait qu'on arrive sur une bientraitance globale »

E6 21p2 « C'est l'avantage de la dynamique d'équipe quand il y a une équipe très soudée… »

E3 23-24p5 « Enfin c'est surtout les équipes soignantes qui m'ont dit après, (je pense qu'elles ont senti que j'avais besoin d'être rassurée par rapport à ça…) : « tu as fait quelque chose de bien », même si c'était la pire des choses à faire… »

E5 15-16 p5 « notre rôle, nous pour être bientraitant, c'est justement de mettre du lien et de l'unité dans ce qui est dit… »

E6 11-12p5 « Mais ça je veux dire, partir du moment où on travaille dans une équipe et ou on est dans le facteur humain, et voilà, on est dans le désordre et voilà, on a chacun nos qualités, nos défauts et voilà ! Ce n'est pas des chiffres, ou des maths, où tout est réglé, millimétré ! »

E4 45-46 p7 « Mais bon, c'est pas facile de dire en plus quand t'es pas d'accord, avec tes chefs, tu vois quand t'es interne, c'est…, faut se battre quoi. »

2) *Préjugés transmis par l'équipe impactent le patient*

E4 P17 l54-55 « c'est que si t'engrènes tout le monde, toute l'équipe, tu claques la porte tu vas les voir en rajoutant « ah mais j'en peux vraiment plus », si tout le monde se monte la tête je pense que effectivement, il va y avoir un effet boule de neige hyper néfaste sur le patient. Et ça effectivement, je pense qu'il faut y faire hyper attention.

E4 p17 l63 « Toute l'équipe s'imprègne de ton ras le bol de la famille ou du patient, après c'est foutu... »

E6 21p2 « Et en même temps, on s'influence entre nous…et il suffit de dire que tel patient est un peu moins commode, et forcément la dynamique d'équipe va faire qu'on va être plus ou moins en accord sur … »

3) *Manque de cohésion d'équipe impacte le patient*

E3 l7p10 « en tout cas quand on est un peu en conflit de prise en charge entre l'interne et le chef, malheureusement c'est la hiérarchie qui prime et ce sont les chefs qui appliquent leur trucs… »,

E5 p5 l10-13 « A l'inverse, je pense que la non bientraitance, c'est clairement quelque chose qui peut se diffuser dans une équipe, enfin nous on le voit… On a pas tous les mêmes caractères et quand on voit des chefs un peu stressés ou qui se mettent un peu la pression, l'équipe est stressée derrière, et le patient ce n'est pas la même, c'est certain. » ;

E5 p5 l16-18 « Parce que je pense que ce qui est très maltraitant pour le patient, c'est quand il a des échos très différents des professionnels de santé qui ne sont pas d'accord, et où ils se sentent un peu ballotés, ou ils ne comprennent plus trop, tout le monde dit quelque chose et son contraire, et il faut remettre un peu de lien là-dedans. » ;

E5 p5 l20-21 « Je pense que clairement ce que l'on peut faire de pire quasiment à un patient c'est de montrer des failles ou des divergences au sein d'une équipe… » ;

E5 p5 l24-25 « Et montrer un désaccord au sein d'une équipe, c'est dévastateur en termes de message au patient et de confiance que le patient place en nous, c'est terrible… »

b) *Le rôle de l'équipe dans la bientraitance du soignant*

1) *Le manque de cohésion d'équipe impacte le soignant*

E125-26p9 « parce que, en tant que sénior aussi parfois je pense qu'on est maltraitants avec nos internes... Et... ça s'applique aux patients... mais ça s'applique aussi à chacun d'entre nous... »

E2p8 l24-25 « Surtout que comme tu dis, on devient aussi maltraitants entre nous quoi… parce que tous ceux qui sont là, enfin tes séniors qui pourraient bien te venir en aide, peut-être qu'ils sont un peu maltraités, et du coup, ils deviennent un peu maltraitants aussi…

E2p8 l33-42 « C'est vrai que déjà entre nous médecins, ou même avec les paramédicaux, on n'est pas franchement tout le temps bientraitant entre nous quoi, enfin (…) Et même au-delà de ça, entre les services, entre les prises en charge… (…) Quand tu vas mettre les yeux dans la prise en charge, on est souvent dans la défiance et la critique plutôt que dans la compréhension et la bienveillance entre nous quoi… Donc déjà, on n'est pas… Et puis après, au sein des équipes, paramédicaux etc., on n'est pas toujours les coudes serrés, à se soutenir dans les situations difficiles quoi… On critique vachement aussi, « je lui ai demandé de faire ça, elle l'a pas fait ! », « non mais tu as vu ce qu'il me demande de faire… » … Des choses comme ça qui sont assez fréquentes… »

E2p3 l20-21 « Et puis quand tu es seul acteur, t'as pas forcément de regard extérieur sur ce que tu vas faire, tu fais ton truc et donc tu es plus content de ce que tu fais que ...qu'à l'hôpital ou tu es confronté au regard des autres sur tes prises en charge et du coup aussi aux remarques, aux remises en question... »

E4P17 l22-24 « « mais comment elle veut qu'on s'occupe bien de son patient, si en plus avec l'équipe qui s'en occupe, elle est maltraitante ? » (…) Et du coup, je me disais que je voulais jamais être comme ça, parce que…, des fois t'es moins agréable que d'autres fois, ça s'est autre chose, mais, mais je pense que c'est important la bientraitance entre nous aussi. »

E4P17 l2-56 « mais bientraitants entre soignants aussi, parce que ça on en a pas parlé... mais moi de temps en temps quand je vois des docs qui parlent comme des merdes à des internes, ou des fois où je me suis fait pourrir quand j'étais externe ou interne, ou à des infirmières alors qu'ils sont super sympas avec toi parce que t'es doc... Alors tu te dis, comment quand t'es maltraitant... enfin franchement ils disent pas bonjour, ils parlent comme des chiens, enfin surtout au CHU, et bah moi je trouve ça, enfin je... des fois de temps en temps je me dis « mais comment est-ce qu'ils sont bientraitants avec les patients ? » »

2) *Souvent secondaire à un manque d'échange, de discussion*

E2 p9 l5-7 « ça mériterait que pour ce genre de situations, on ait au moins 3 mots pour l'un ou pour l'autre et qu'on se soutienne et surtout qu'on réfléchisse à chaque fois à ce qu'on a mal fait, ce qu'on aurait pu mieux faire, ce qu'on pourrait améliorer etc… Et ça, ce n'est jamais jamais !! La remise en question elle est au fond de toi et c'est tout ! Ça se partage pas c'est… »

E2 p9 l24-25 « et ils ne débriefent pas toujours de leur situations compliquées … »

E2 p9 l26-28 « quand tu regardes dans les autres corps de métiers qui voient des patients, les milieux associatifs, les milieux où ils procurent de l'aide humaine, de l'aide sociale, il y a tout le temps des temps accordés pour débriefer, avec soit un superviseur soit … Et c'est obligatoire ! Et chaque personne elle a un temps pour parler de ça… »

c) *Le travail d'équipe = l'équipe en tant que perspective*

E1 28-29p2 « et il faut mettre en place le maximum de choses et se faire aider par le maximum de personnes disponibles, pour permettre que ça aille au mieux, »

E4 P5 l41 « Bah c'est là où l'équipe elle intervient, les collègues, tu es content de les avoir ! »

E4 P5 l9 « cet atout majeur qui est protecteur je pense, d'avoir cette équipe autour de soi »

E3 5-6p15 « Mais le fait de pouvoir travailler aussi à plusieurs, c'est d'une grande aide, et c'est d'une grande aide pour le patient aussi… »

E4 P4 l65-66 et p5 l1-2 (Partager les vécus) « où je trouve que d'être en équipe c'est hyper important, mais que ce soit à plusieurs médecins ou des paramédicaux, mais c'est trop génial quoi, de décharger, même de temps en temps juste de râler à porte fermée, de décharger un peu sur tout ce qu'on a absorbé, c'est trop agréable, ça fait du bien, c'est hyper… Et puis on se sent moins seul, et puis surtout on se sent moins, on partage un petit peu le poids porté à plusieurs, donc on répartit un peu la charge quoi, et ça, moi je trouve que c'est primordial »

E7 34p6 « Après c'est des solutions qui sont plus personnelles, et pas adaptables à l'ensemble de personnes… Mais d'être en cabinet de groupe c'est déjà une solution »

1) Car elle invite à la réflexion :

**de manière abstraite : parler du concept*

E1 24-26p13 « Par contre, peut être essayer de réfléchir comment être bientraitant ? Réfléchir… comment essayer de créer un climat de bientraitance, en fait, c'est ça je pense qui est important. Euh, c'est pour ça que je dis que la prévention, je trouve ça bien en fait, je trouve que c'est une belle idée… Voilà, comment… et puis relever la tête en disant « bah tiens oui on parle de prévention de bientraitance, est ce que j'ai été bientraitant ? ». »

E1 28p14 « : j'aime bien l'idée du questionnement. Parce que au final c'est ce qu'on a fait là, pendant deux heures ce soir, c'est intéressant ! »

E4 p 15 l63-65 et p16 l1-2 « nous on a fait un questionnaire, justement de la HAS, à l'hôpital, justement sur « que savez-vous de la maltraitance », où je sais pas quoi, enfin c'est... une infirmière qui a fait une étude, et juste, de poser les choses : qu'est-ce que la bientraitance, qu'est-ce que la maltraitance, et effectivement, juste même là ce soir de discuter, de dans quelles situations... et puis tu vois, je crois qu'il y avait des propositions de situations cliniques, et... qu'est-ce que ça évoquait pour toi, enfin c'est juste en parler, tu te rends compte aussi de ce que tu fais…, et ça fait bouger un peu les mentalités je pense... »

E4 P16 l14 « mais de sensibilisation, t'as raison... Tu vois, là demain, je vais être méga-bientraitante ! On en a parlé ce soir, demain je vais… »

E6 25-26p8 « je pense que c'est une démarche qui est, enfin c'est la meilleure démarche, on ne peut pas être bientraitant si sait pas ce que c'est, enfin si on a pas au moins la notion, enfin, ça commence à être naturel, un peu inné, mais c'est bien d'avoir une sensibilisation. De se le rappeler quoi. »

E7 9p3 « : Ou à contrario, tu peux avoir des genres de réunions dans ces situations là, dans les institutions, pour aller dans la bientraitance, améliorer les pratiques, après c'est compliqué à mettre en place… »

E8 P3l24 « Autrement, je ne vois pas trop d'autre solution, a part discuter de la bientraitance, ça me parait déjà être une belle chose… »

**de manière concrète sur les situations compliquées : Discussion/ débriefing d'équipe*

E2 p8 l66 « en parler entre nous, se soutenir entre nous déjà comme tu dis… »

E2 p9 l12-14 « on a les groupes pour débriefer un peu tous entre nous, alors normalement, à la base, c'est du débriefing médical, mais ça s'est beaucoup transformé en débriefing personnel quoi… Normalement, on est censé prendre un cas, essayer de le débriefer ce que l'on a fait, que les autres interagissent… Ça se transforme quand même beaucoup en « Moi j'ai fait ça, je l'ai mal vécu » ou « j'ai fait ça pas bien » et on débriefe sur ça, parce que je pense qu'on en a besoin et comme on n'a pas trop la possibilité de le faire autrement… »

E2 18p9 « il y avait la psychologue du service aussi… Il a fallu qu'il y ait un interne qui n'aille pas très bien pour qu'elle ait voulu nous demander si on voulait débriefer sur les cas, sur des patients, s'il y avait des choses difficiles… »

E2 p9 l61 « Analyser les situations, c'est quand même ça qui permet de débloquer les situations et d'avoir avancé, et de se sentir plus en accord avec ce que tu as fait quoi… »

E2 p10 l29 « Je pense que les solutions, c'est d'en parler… Enfin c'est vraiment… »

E2 p10 l33-35 « Je pense que oui, parler, c'est obligatoire… (…) Déjà le fait de parler c'est ça apaise quoi… ça fait du bien de parler, c'est le principe de la psychothérapie… Et puis après, au-delà de ça, ça peut ouvrir des débats,

trouver des solutions, que toi tout seul tu ne trouveras pas parce que tu es dans ton truc, tu es bloqué, que il te faut des regards extérieurs pour trouver des conseils, te rassurer… «

E2 p10 l48-49 « si tu veux un peu au moins te débloquer, te poser réfléchir aux conseils qu'on t'a donné, est ce que tu feras pareil, pas pareil… Enfin pour avancer quoi… ne serait-ce que pour avancer… »

E2 p9 l46-48 « Mais quand même, je pense que maintenant, on arrive à reconnaitre qu'on en aurait besoin … On n'est pas encore au point du « on va le faire ! », mais on arrive à quand même « peut être qu'on aurait besoin de discuter, de s'aider, de se faire aider… Peut-être qu'il y a quand même un problème » Et ça je pense que ce n'était pas le cas avant… »

E2 p10 l39 « mais je trouve que c'est quand même important d'entendre ce que les autres ont à dire, ce qu'ils auraient fait à ta place, ou qu'ils te disent que tu as bien fait aussi quoi… c'est important d'entendre ça aussi quoi… »

E4 P12 l49-50 « Bah déjà, souvent, c'est d'en parler... Rien que d'en reparler, de débriefer... Le débrief, trop important d'avoir des copains médecins ! Non mais c'est vrai, les collègues, les gens avec qui on peut débriefer c'est hyper important je trouve, pour moi en tout cas, c'est vital ! » ;

E4 p13 l17-22 « en parler autour de toi, des fois t'as... pas forcément à d'autres médecins, même d'autres soignants, ils vont t'apporter... un autre aspect auquel t'aura pas pensé, (…) je pense qu'en parler autour de toi, des situations où toi, t'es pas satisfait, à d'autres gens autour de toi, ça va t'aider quoi, les autres gens ils auront d'autres approches que toi..., et puis souvent, en plus, juste d'en discuter, t'en discutes de l'histoire, et juste ça, tu te sens bien tu vois, au final juste d'en avoir parlé à quelqu'un, même si il t'as pas forcément conforté dans ce que t'as dit quoi, même si il t'a critiqué ou quoi, et bien juste ça c'est satisfaisant quoi. »

E4 P13 l52-55 « j'ai vraiment appris de mes erreurs, sur toute la prise en charge on avait fait, on avait revu tout ce qui s'était passé, notamment en supervision, donc, pendant 2 heures, mais c'était super important, et le coup d'après où on avait à peu près la même situation, on a tous pris beaucoup plus de recul, nous on a… pour le coup recadré la famille beaucoup plus rapidement, reparlé du projet tout de suite... Et là on a été beaucoup plus efficace, et pour le coup le deuxième coup on a été un peu plus satisfaits, par encore complètement, mais le premier coup c'était trop dur, »

E5 p7 l37-38 « Eh bien, soit ça vient de l'ensemble de l'équipe, et dans ce cas-là, j'essaie de reprendre avec l'ensemble de l'équipe, c'est les staffs, les moments où l'on se pose ensemble… »

E6 13p12 « Se poser avec le patient, mais avec l'équipe aussi. Parce que souvent, si on a été moins bientraitant, on n'est pas le seul quand même. Et en tout cas, la solution à trouver, elle est en équipe. »

E6 28-29p12 « Parler dans certaines équipes de certaines prises en charge qui ont été difficiles, mais pas difficiles sur le plan diagnostique, thérapeutique ou tout ça, mais pour lequel il y a eu une implication de l'équipe, parce que ça a été dur ou il y a eu un vécu douloureux de la part de certains membres de l'équipe… ça pourrait être une solution »

E7 7p6 « on est dans la bientraitance, parce que de temps en temps, ça nous amène à parler de patients avec qui ça a clashé, ou qui sont partis pour une raison qu'on ne trouve pas forcément valable, et on en parle entre nous parce que ça nous fait du bien, justement parce que ce sont quelques épisodes qui vont à l'encontre de ce que l'on pense devoir ou pouvoir apporter au patient. »,

E7 24-25p6 « : Moi je suis d'accord, c'est essentiellement en parler… arriver à évacuer, à avoir un retour sur 'est-ce que quelqu'un d'autre aurait fait autrement', te rassurer en fait… Et puis bon, des fois les autres ils savent pas, ils peuvent pas te dire, mais ça fait du bien d'en parler »

E8 P3l20-22 « c'est quand on reparle des situations cliniques complexes, c'est quand on fait des concertations (…), et on en arrive toujours à questionner la pratique, à se demander si on a trouvé une bonne solution pour le patient ou si on l'a pas fait… Du coup, la solution est déjà là, elle existe déjà »

E8 35-38p3 « je n'ai pas l'impression d'avoir été maltraitant dans ce cas-là, parce qu'il y a vraiment eu une réflexion, il y a quand même eu une réflexion en amont, c'était pas « aller hop, cette personne on l'hospitalise », c'est plutôt, on l'hospitalise, mais avec quel bénéfice ? »

2) Elle permet un relais en l'absence de solution

E3 31p14 « quand je sens que soit il manque quelque chose dans mon relationnel, soit dans mon diagnostic et dans ma prise en charge médicale, justement je fais appel aux autres médecins pour rajouter un plus… On fait

souvent des évaluations croisées des patients en soins palliatifs et ça aide beaucoup beaucoup… de ne pas être seule avec le patient… »

E3 33p14 « une façon de reformuler, ce ne sera pas les mêmes mots qui seront choisis, pas la même manière de communiquer, et du coup peut être que ça apportera quelque chose aussi »

E3 39-40p14 « j'ai souvent tendance à demander à mon chef de clinique de retourner voir le patient, pour en discuter avec lui pour avoir un deuxième avis, une deuxième évaluation, pour qu'il y ait un deuxième regard en fait… »

E4 p11 l53 « Après c'est là où il faut savoir laisser la main, moi je sais que des fois il y a des patients, où des fois t'en peux plus… »

E4 p12 l31 « C'est savoir passer la main, aussi, qui est important, enfin je pense, quand vraiment ça coince, et que la communication passe pas... »

E4 p14 l2-3 « enfin vraiment quand c'est très compliqué, passer la main, ça peut valoir le coup »

E5 p8 l7-8 « quand il y a une situation qui nous plait pas, on se tourne beaucoup vers les spécialistes, vers les collègues, vers les copains, côté « et toi, t'en penses quoi ? »

E5 p8l10 « et du coup on a une grande facilité à demander les avis les uns des autres, y compris entre professions»

E5 p8 l13-16 « je pense que la solution chez nous serait, est toujours de se tourner vers le copain d'à côté parce que on est un service ou on s'entend tous très bien et où il y a un gros sens de la communication et de l'échange… Du coup je pense que si je me trouve dans une situation ou « la prise en charge est efficace mais non satisfaisante » je me tourne vers mon copain de droite ou de gauche et la solution vient de l'intelligence collective quand il y en a !!! »

E5 P4 l45 « et bien finalement on pouvait faire un peu de cet éclairage autrement, que vous habitués à aller à toute vitesse et autre… Et c'est vrai que je trouvais ça intéressant de voir ce regard différent aux urgences, qui pouvait apporter autre chose… »

E6 15p12 « c'est une solution, de déléguer, de passer la main à quelqu'un d'autre. Sans avoir l'arrière-pensée de se débarrasser de quelqu'un, parce que là c'est pas bien, mais vraiment de donner la main en disant, voilà là je suis pas dans la bonne situation, je suis pas dans la bonne optique, donc je préfère passer la main, mais pas dans le sens je me débarrasse… »

E6 33p7 « Après on peut déléguer aussi, si on voit qu'on n'a pas le temps, on peut envoyer quelqu'un d'autre, un autre interlocuteur qui aura peut-être plus le temps… »

E7 26-28p6 « Moi je passe la main. J'envoie chez le spécialiste…Non mais ça fait partie des solutions. […] Oui c'est vrai ! Arriver à voir quelqu'un d'autre qui prend le relais, pour souffler un peu des fois, selon la complexité de la situation… »

3/ Bientraitance et contexte institutionnel

a) Les limites pratiques de la bientraitance dues au contexte institutionnel

1) *Le manque de temps*

E1 50-51p10 « quand j'ai la tête dans le guidon, j'ai du mal à prendre le temps de respirer, pour voir que là ce n'était pas terrible et rattraper le bah, ma…, ma mauvaise communication, donc… je trouve que c'est vraiment…, enfin… j'ai vraiment trouvé ça difficile pour ça les urgences. »

E2 p5 l53-56 « Tu as beaucoup moins le temps pour un patient, pour le prendre et lui expliquer qu'on va lui faire un scanner, lui faire une prise de sang, qu'on va rechercher ci… Tu vas non plus pas le revoir quand tu as reçu les examens quoi, tu lui diras quand tu as trouvé la place d'hospit, mais entre-temps il s'est passé 6 ou 7H quoi…Entre temps tu l'as pas réévalué, tu n'es pas retourné le voir… enfin c'est vraiment… il est tout le temps dans l'inconnu, dans la demande… Et d'ailleurs, moi c'est là où j'ai vu les situations d'agressivité les plus marquées quoi, parce que je pense que c'est là ou t'es le plus maltraitant quoi… »

E2 P3 l44-45 « Je pense qu'ils ont ce sentiment là qu'on n'a pas le temps pour eux, qu'on ne prend pas le temps pour eux... »

E4 p3 l17 « Les choses vont très très vite, donc on essaye de prendre le temps mais..., enfin on fait comme on peut quoi, mais… » ;

E4 p10 l57-58 « tu aurais voulu annoncer quelque chose mais t'as pas eu le temps…, ou tu as été pris dans ton train-train, ou... (silence). Les raisons, bah voilà : t'as pas le temps, ou t'es dérangé... »

E5 p1 l46 « ça me fait penser vraiment à des situations de manque de temps. »

E6 25p7 « On revient tout le temps sur la question du temps…depuis le début…Qu'être bientraitant c'est prendre le temps… Et l'avoir, et le prendre…Sauf que en pratique, quand on a 25 patients dans une unité… »

E7 44p5 « Et puis il y a le manque de temps parfois, le surmenage. »

E4 p3 l15 « parce que on a notre temporalité, ils ont la leur, et ça c'est vraiment très très compliqué quoi. »

2) *La charge de travail*

E1 47-48p7 « une grosse charge de travail quoi..., quand on a une très grosse charge de travail..., et bien derrière euh, évidemment... je prends moins le temps de discuter avec les gens..., et puis parce que... moi je le dis souvent, mais parce que aux urgences en fait on a pas qu'un patient dans la tête en fait euh..., on a tous les 15 qu'on a en charge, qui sont un peu partout autour de nous, avec plein de petites bulles, ou dans chacun en fait il y a ce qu'il faut faire, ce qu'il ne faut pas oublier... lequel était un peu plus grave »

E2 p5 38-39 « Moi je trouvais que c'était le temps, et le flux de patients quoi… Il y a trop de monde !!! Comme tu disais tout à l'heure, sans parler de la prise en charge médicale, quand on te demande un verre d'eau, tu n'as déjà pas le temps d'en prendre un pour toi, ou d'aller faire pipi… Du coup tu n'as pas le temps, enfin tu essaies mais le temps que tu penses à aller chercher le verre d'eau, on t'a appelé pour autre chose et il y a un autre patient et… du coup, tu n'amèneras jamais le verre d'eau quoi… »

E3 36p2 « je pense qu'on est tellement submergé par le flux des patients, c'est terrible… Me voir en train de marcher dans le couloir avec des œillères pour ne pas répondre aux questions de tous ces patients qui sont en attente là… »,

E3 31p10 « j'ai peur que si on est quelqu'un qui reste médecin dans un service à plus long terme, en tout cas avec le système actuel de sous-effectif, qu'au fur et mesure on devienne comme ça… »,

E3 23p10 « Nous les patients sont de plus en plus lourds, ils n'augmentent pas le personnel paramédical »,

E4 P16 l46-48 « je pense qu'il y a des fois où c'est la fatigue qui me fera... ou la pression, parce que de temps en temps tu as, il faut faire tant de sorties, faut machin, faut bidule, que je ressens pas forcément ici hein, mais je pense que des fois tu te mets, enfin, tu te mets un peu la pression, où tu as 50 000 rendez-vous et tu pourras jamais tout faire dans ta journée, et du coup, bah inconsciemment, tu vas être moins bientraitant que ce que tu voudrais »

E4 P5 l27-28 « La pression au quotidien, et d'être harcelé tout le temps au téléphone, dès qu'on est avec une famille on est appelé 15 fois »

E4 p3 l28-31 : « quand t'es pris dans l'organisation du service, dans la charge de travail, dans les coups de téléphone (…) sans parler des courriers, des codages, de l'administratif, de tout... »

E4 p16 l7 « Quand t'as une douche par semaine parce qu'il y a pas assez d'infirmières... »

E5 p5 l40-43 « Mais il y a des moments où on en a ras le bol, je trouve, de les enchainer en plus… »

E4 P5 l53 « Mais comment tu peux t'occuper de quelqu'un comme il faut, si en 20 minutes de consult' ton téléphone il sonne 20 fois quoi… »

E4 P5 l58-59 « mais en fait tu ne peux pas être intellectuellement là, avec ton malade, si t'as pas le temps, si tu es dérangé, si tu n'es pas dans un environnement ou tu es disponible toi, intellectuellement quoi, je pense… «

E5 p6 l26-27 « C'est du quotidien de gens qui sont tout à fait admirables dans leur profession, mais c'est du quotidien de gens qui sont épuisés, qui débordent, qui craquent… »

E5 p9 l29-30 « Mais comme c'est le cœur de notre métier, je pense qu'on est capable de bien s'occuper d'eux et d'être bientraitant, si on n'est pas justement sous pression… »

E5 p2 l29 « qui nous disent qu'il n'y a qu'une seule aide-soignante la nuit, une seule infirmière la journée pour 60 patients, et qu'elles comprennent bien, mais qu'elles ne peuvent pas »

E6 40-41p2 » Parce que si on a choisi de travailler à l'hôpital, au départ, pour la plupart d'entre nous, c'était pour s'occuper de l'autre, de soigner, plus ou moins de guérir, et que finalement, c'est effectivement la pression du temps qui manque, du manque d'effectif (enfin surtout en ce moment) qui fait que cette bientraitance elle est moins au premier plan… mais par manque de moyens techniques je pense… »

E6 1-2p12 « La pression de l'administration ! Les courriers qui nous attendent, les réunions qui sortent du jour au lendemain, où il y a marqué : présence obligatoire. Même si on peut temporiser et que c'est le patient qui passe en priorité… (silence) »,

E8 p2 l41 « Pression de l'infirmière qui me dit qu'elle ne peut pas passer toute la nuit comme ça, et de l'autre infirmier… »

E8 p2 l50 « Et la pression qu'on m'a mise aussi ne me faisait pas entrevoir d'autres solutions… »

3) *Les problèmes logistiques, les infrastructures inadaptées*

E1 53-55p7 « Et, et notamment aux urgences, là... on est maltraitants dans cette salle de transit, où tous les gens sont les uns à côté des autres... et où moi ça me gêne d'annoncer un diagnostic... à une patiente, devant 50 autres... qui regardent en disant « ah, c'est bon, on est à la télé, alors elle, elle a quoi aujourd'hui ? ». Voilà, enfin là on bafoue le secret médical... on bafoue les règles élémentaires de... d'intimité du patient..., où... voilà. Et que dans ces cas-là oui..., je suis bien moins traitante...

E2 p2 l15-18 « c'est vrai que quand les patients sont pas aussi graves, si on peut les mettre en chambre double on les met, et quand tu dois annoncer des trucs tu fais sortir la famille, mais tu peux pas faire sortir le patient d'à côté, et le patient d'à côté il entend tout, il y a des rideaux, enfin, c'est pas toujours top quoi... des fois il y a des choses tu te dis bon , ben, est ce que je lui dis, est ce que je lui dis pas »

E3 l2p2 « il y avait 2 patients par chambre, ou on n'avait pas forcément le temps et les locaux adaptés pour des prises en charge globales »

E4 P11 l15-16 « parce qu'on est un peu en manque de moyen aussi, mais, enfin je sais pas mais ça, c'est toujours une situation où quoi que je fasse, ça va pas ! Et je me sens pas bientraitante, clairement, non »

E6 40p4 « Mais après maltraités aussi parce qu'ils ont pas forcément les réponses qu'ils voudraient, parce qu'il y a des délais de consultation qui sont long, parce que la secrétaire est pas là le bon jour et qu'en fait c'est une secrétaire remplaçante qui a pris le message qui l'a pas transmis et je l'ai pas eu »

E7 3p6 « Oui, ou quand tu n'as pas de secrétaire, tu es coupé par le téléphone tout le temps… Ou tu mets ½ h et à la fin tu regardes ta montre et tu n'en peux plus parce que tu es tout le temps dérangé… […] donc tu as les conditions de travail… »

E2 p1 l47-49 « ça pue, t'as un voisin qui gueule, même enfin c'est comme tu dis, tu es en couche parce que personne va t'apporter le bassin, tu te chie dessus, tu manges des trucs qui sentent pas bon et tout, t'es jamais satisfait d'une hospitalisation quoi... »

4) Liées à l'architecture même de la structure

** dysfonctionnement interne lié à l'articulation des soins (ex : visites)*

E1 22-23p3 « Par exemple, moi certains gaz du sang dans cet hôpital ici, moi ça me choque… parce que c'est, c'est un geste qui fait mal, c'est un geste qui pour moi n'est pas toujours nécessaire, qui n'apportera pas forcément quelque chose en plus et qui pour moi est de la vraie maltraitance […] où le patient ne peut pas monter dans le service si le geste n'est pas fait »

E2 p10 l53-54 « Après on peut dire que les situations elles sont souvent non satisfaisante, comme on dit, par le fait que le système de santé et le système hospitalier, il fonctionne de la telle sorte mais tu vois, on ne peut pas à chaque … Enfin c'est trop dur de vouloir tout changer le système… On ne peut pas changer le fonctionnement des urgences, on ne peut pas changer le fonctionnement du travail des paramédicaux, on ne peut pas changer notre emploi du temps, nos effectifs, et ils sont comme ça… Et oui, le temps limité en consultation à cause du prix, enfin tu vois, des milliards de facteurs qui feraient qu'on serait peut-être plus bientraitant… Si on avait plus le temps, plus les capacités humaines… »

E2 p5 l50-52 « Des situations de stress, de flux continu avec des patients qui n'ont même pas de box, qui sont à poil, que tu examines au milieu des couloirs, qui traînent sur un brancard, qu'on appelle au fond par leur nom…

Tu n'as aucune intimité, aucune pudeur, voilà tes besoins primaires manger, uriner, boire, aller à la selle c'est complètement… »

E2 P1 l14-15 « les gens peuvent se sentir un peu brusqués, genre la visite… c'est pas toujours facile »

E3 16-17p10 « que plus la structure hospitalière est grande, moins on peut prendre des décisions en accord avec nos patients, en prenant le temps »

E3 l29p9 « on est tellement à appliquer certaines choses sans se poser la question du pourquoi alors que souvent on le fait pour suivre des recommandations (….), pour appliquer les choses telles qu'elles étaient et en ayant pas l'impression d'être bientraitante pour autant quoi… ;

E3 l43p9 « le jour de la grande visite professorale, c'est un jour que je déteste parce que c'est un jour absolument ignoble pour les patients… »

E4 P2 l24-25 « Je pense qu'il y a des contraintes d'organisation du service qui font que ça… ça abime entre guillemets la bientraitance des patients quoi. » ;

E4 p2 l42-43 « ce système de l'hôpital, je pense qu'il est… pas génial en termes de bientraitance et en même temps, il est difficile à changer parce que, plein de contraintes quoi…. »

E5 P7l1 « toujours difficile avec les contraintes, de temps de pathologie d'environnement, de flux, de tout ça… »

E5 P1 l26 « ça se heurte à toutes les contraintes du quotidien »

E6 9p7 « Ce qui me gêne un peu quand je pense à la bientraitance, c'est quand je pense aux visites par exemple, aux visites médicales quand on arrive à 15 dans le chambre… »

** dysfonctionnement interne lié à la multiplicité des acteurs*

E2 p3 l14-19 « alors à l'hôpital entre ce que tu voudrais et ce qu'il se passe vraiment, il y a tellement de barrières, tellement d'échelles, tellement … au niveau pour pouvoir communiquer, pour pouvoir articuler les soins avec chaque intervenant … c'est juste, à chaque fois il y a un niveau ou ça va planter parce que t'as une personne qui est mal lunée, ou c'est pas le moment, ou t'as pas le temps, ou il y a d'autres choses à faire, et du coup la tu t'expose tout de suite à beaucoup plus de risque de maltraitance que quand tu es seul acteur. »

E6 41-42p4 « Et du coup, je trouve qu'il y a des choses qui font qu'à l'hôpital la circulation des informations n'est pas forcément fluide »,

E6 44-45p4 « c'est pas tout le temps heureusement, mais j'ai l'impression que les informations circulent mal et que les patients ils en pâtissent de ça, parce que les délais d'hospitalisation se rallongent, parce qu'on attend une information, parce que machin, truc, et ça traine en longueur pour ça… »

** dysfonctionnement interne lié à l'absence de relais : Impasse institutionnelle*

E5 p8l 23-24 «on se dit que ce monsieur est dans une détresse pas possible, qu'on est au bout de tout ce que l'on peut faire en termes de proposition de soin… »

E5 p8 l31-32 « Voilà, du coup, rattaché à cette situation-là, on essaie plus de faire grand-chose… C'est une situation non éthique, non satisfaisante, et non efficace… C'est une impasse de non bientraitance, par épuisement de tout le monde … »

E5 p8 l34-35 « On se passe le relais, même entre différents centres, mais quand il n'y a plus de relais… Ce ne sont pas des situations ou on trouve une belle sortie d'impasse »

E5 21-22p6 « on n'est pas bientraitant, par épuisement, enfin ce n'est pas une pierre que je nous lance, je pense que c'est par épuisement de tout le monde, et qu'ils sont autant responsable que victimes de cet épuisement…mais clairement, on n'est pas bientraitant dans ces situations… »

** dysfonctionnement interne lié et au manque de soutien institutionnel*

E5 p6 l30-33 « , une administration avec l'administrateur de garde (…) à qui on explique que l'équipe, là, ça ne va pas, qu'il faut venir, qu'il faut sécuriser les lieux et appeler la police, et qu'il faut que lui vienne faire de la présence… Et sa réponse c'est « Je ne vais pas venir, ça ne sert à rien… Et la police ça ne sert à rien de les appeler, ils ne viendront pas, et bon courage pour la nuit » en gros… » ;

E5 p6 l40 « Et du fait que l'administrateur n'a pas été très bientraitant envers les équipes… »

**imposé par un cadre médicolégal*

E3 45-46p8 « des choses de toute la médecine d'aujourd'hui ou il y a le coté médicolégal et que si tu n'as pas fait ça, ou si tu n'as pas vérifié ça ou machin »

5) *Qui impactent directement le patient, en bout de chaîne*

**Par l'absence d'anticipation*

E2 p6 l21-23 « et pourtant on accepte, on gère la situation à partir du moment où il y a un vrai problème, ou tu te mets à tout casser, mais avant, en amont, on a fait avec les moyens du bord… »

E2 P6 l30-31 « mais je pense qu'on a tous vécu des situations où tu te sens mal de laisser les choses arriver, mais c'est quand ça explose ou tu te dis « Mais enfin, qu'est-ce qu'il s'est passé ! » »

E2 P6 l19-20 « Et pourtant, tu es face à ça, tu la gère, et après tu te mets à réfléchir… « Mais pourquoi elle est montée en tension comme ça ? » Et à tous les niveaux, tu retrouves des choses que tu aurais voulu remettre en question. »

E2 P6 l34-35 « C'est dans cette situation que tu te rends compte que tu as, qu'il y a toute une chaine de chose qui était déjà de la maltraitance un petit peu à minima, »

**Par la déshumanisation dont ils sont parfois victimes*

E1 8-9p7 « tu les animalises un peu, tu fais à la chaîne… C'est un peu comme ça… ça va vite en tout cas »

E1 5-6p7 « Oui il y a plein de choses qui me choquent à l'hôpital, ouais…, ouais… parce qu'on les déshumanise un petit peu en quelque sorte, enfin»

E2 p8 l13-15« Et puis tu es pas mal maltraité par l'Institution quoi, c'est la faute de personne quoi… c'est vrai que tu es dans un milieu, c'est un peu pesant, où tu vois plein de trucs qui te pèsent mais bon voilà, c'est comme ça, on n'a pas le temps, pas le machin… C'est dur aussi d'en arriver là… C'est assez régulier… »

b) *Les limites théoriques de la bientraitance dues au contexte institutionnel*

1) *Injonction paradoxale comportementale*

E1 18-20p3 « ce serait génial si on pouvait faire tout, tout et les prendre en charge dans leur globalité, comme c'est écrit hein, « démarche globale du patient » mais, mais déjà si moi je suis contente de la relation que j'ai eue avec eux, que je leur ai pas fait mal, que j'ai pas fait des soins déraisonnables… »

E2 p5 l70-71 « Mais bon le système fait qu'on est obligé de pratiquer dans ces conditions, et même dans ces situations, on essaie d'être bientraitant au maximum avec les éléments qu'on a, et ils sont très limités… aussi bien en termes de temps, qu'en facteur humain, qu'en terme de tout ! »

E2 p6 p24-25 « Enfin voilà quoi, c'est des problèmes logistiques inhérents au fait d'être à l'hôpital et oui, là on est hyper maltraitant mais on a probablement pas le choix quoi…et ça c'est douloureux quoi… »

E2 p6 l64-65 « Tu sais que ce n'est pas bien, mais on te le demande explicitement, et tu sais que voilà, on t'oblige à être maltraitant mais que ce n'est pas ton choix, mais que tu es obligé de le faire quoi…pour le système… »

E2 p11 l8-10 « Quand on parle d'une bientraitance, j'ai de plus en plus l'impression que ce n'est pas notre faute à nous, c'est plutôt la faute du rôle que l'on prend dans le système, et que tout s'imbrique… Enfin, je ne sais pas mais la tarification des actes, des soins, la qualité qu'on nous demande, l'exigence d'aller au bout de certains diagnostics, travailler dans la rapidité, toujours… »

E3 13-14p2 « mais on n'arrive pas à faire mieux même si on aimerait vraiment faire mieux… »

E3 45-46p17 « je pense qu'on a tous envie d'être bientraitant, mais que des fois, le système fait qu'on arrive pas à se sentir aussi bientraitant que ce qu'on aimerait »

E3 22-24p10 « dans la situation d'hôpital sous tension, ou on se fait harceler par la direction tous les jours pour mettre des patients… Nous les patients sont de plus en plus lourds, ils n'augmentent pas le personnel paramédical, donc en fait elles sont complètement épuisées les infirmières et les aides-soignantes »

E3 26-31p10 « elles se mettent à craquer, elles disent « Moi je n'ai pas parlé mes patients, j'ai dit donnez votre bras que je vous pique » et c'est difficile de se confronter à elles déjà, leur sentiment d'impuissance et de quasiment maltraitance, elles ont l'impression de maltraiter nos patients et… de se sentir tenu pour responsable alors qu'on a essayé de leur expliquer que nous on a aussi envie de faire les soins nécessaires seulement pour les patients qui en ont besoin … Et voilà, moi j'ai peur que si on est quelqu'un qui reste médecin dans un service à plus long terme, en tout cas avec le système actuel de sous-effectif, qu'au fur et mesure on devienne comme ça…»

E3 46-47p10 « Mais elle ne fera pas sa prise de sang en ayant le sourire, en lui demandant s'il a mal, en prenant le temps avec lui, et donc du coup, son geste ne sera plus qu'un geste technique… »

E4 P2 l62-63 «Mais c'est juste qu'on est dans notre truc, et, en même temps quand t'as 15 patients, et qu'il y en a qui sont plus ou moins lourds, plus ou moins aigus, qu'il faut s'adapter au rythme des paramédicaux aussi » ;

E4 p3 l50-52 « après j'arrive pas à leur jeter la pierre, parce que c'est tellement lourd en ce moment, elles ont -enfin bref je vais pas faire le truc-, mais sur 15 patients par secteur, elles ont 12 toilettes quoi, complète au lit. On est l'extension du CSG et du coup elles arrivent pas à tout gérer... »

E4 p3 l55-56 « Mais je ne peux même pas en vouloir aux soignants tellement c'était l'horreur de partout quoi. Mais ça pour moi c'était de la maltraitance, de la contentionner cette brave dame… »

E5 P1 l8-9 « C'est un objectif qui semble être presque premier pour les médecins, mais pour nous malheureusement, souvent on fait tout ce qu'il y a à faire, et puis après on sera bientraitant… C'est presque un regret de quelque chose qu'on a du mal parfois à atteindre, aux urgences en tout cas… »

E5 P1 l30-31 «Et c'est très simple de prendre 2 minutes pour dire au patient ou il est, pourquoi il attend, et d'aller chercher un lit pour le remplacer… Mais ce n'est pas si simple en vrai… »

E5 p1 l47-48 « avec des soignants qui sont… Je ne vais pas dire en burnout, parce que tout le monde parle de burnout mais en tout cas épuisés par un nombre de patients impressionnants et qui ont parfaitement conscience de ne pas être dans la bientraitance »

E7 9-11p6 « : Je pense que de là vient le gros malaise des médecins hospitaliers en ce moment, c'est tout dans le conflit de ce que tu voudrais faire en étant bientraitant avec tout ce qui est institutionnel, financier et qui va contre… Si t'arrives pas à être dans cette bientraitance-là alors que tu veux et que t'as d'autres choses qui se mettent contre toi, que c'est pas purement de ton fait, je pense que c'est là où tu deviens… où tu peux vite avoir un burn-out ou des choses comme ça… »

2) *Injonction paradoxale temporelle*

E1 35-36p5 « dans le temps qui t'es imparti, il faut que tu puisses t'occuper de tes patients, mais en sachant que ta salle d'attente elle déborde »

E1 53-54p11 « les urgences d'abord, c'est parce que j'avais l'impression de…, de crouler sous le travail, d'avoir absolument le temps pour rien et de tout faire vite et pas forcément bien »

E2 p1 l29-31 « on essaie de prendre le temps de leur expliquer mais on est obligé de euh aller un peu vite... souvent c'est un manque de temps, et on a peut-être pas le temps de satisfaire tous les besoins un peu primaires»

E2 p1 l39 « ... Il y a des fois ou on se dit qu'on ne fait peut-être pas très bien...qu'on a pas forcément le temps ou les possibilités de mieux faire ... »

E2 p2 l43-44 « enfin je sais pas s'il y a une structure ou ils ont vraiment le temps mais peut être quand même un personnel qui est moins à bout et qui en peu plus quoi, qui a trop de patients à gérer pour le temps qu'il a quoi»

E2 p5 l39-42 « Comme tu disais tout à l'heure, sans parler de la prise en charge médicale, quand on te demande un verre d'eau, tu n'as déjà pas le temps d'en prendre un pour toi, ou d'aller faire pipi… Du coup tu n'as pas le temps, enfin tu essaies mais le temps que tu penses à aller chercher le verre d'eau, on t'a appelé pour autre chose et il y a un autre patient et… du coup, tu n'amèneras jamais le verre d'eau quoi…Et tu te dis que c'est triste quoi…Aux urgences, il y a des gens qui n'ont pas à boire pendant des heures et des heures, qui ne vont pas aux toilettes… »

E3 5-6p12 « on va peut-être pas aussi loin qu'on aimerait aller, ou on ne fait pas tout ce que l'on aimerait, mais je ne suis pas sûre que ça soit plus maltraitant ou moins bientraitant… Plutôt « plus vite traitant » »

E4 19-21p3 « Juste les choses vont vite, mais en même temps on passe vraiment très peu de temps auprès des patients finalement par jour, et je pense que ça c'est hyper important aussi, de leur point de vue à eux, souvent

ils disent mais on ne s'occupe pas de moi, alors que on s'en occupe devant l'ordinateur, et c'est pas..., et c'est difficile de... aussi tout leur retransmettre quand on passe 10 minutes dans leur chambre dans la journée »

E5 p1 l48-49 et p2 l1 avec des soignants qui sont (…) épuisés par un nombre de patients impressionnants et qui ont parfaitement conscience de ne pas être dans la bientraitance. Qui essaient de ne pas être dans la maltraitance, mais qui ont l'impression que par manque de temps, ils le sont… Et effectivement, en imposant un rythme institutionnel, en faisant manger les patients en 5 minutes, en ne les levant pas les jours ou il y a trop de patients à lever… enfin voilà, et donc là ne pas être dans la bientraitance »

E5 p3 l40-43 « c'est vrai qu'on a un boulot ou l'exigence numéro 1 c'est de s'assurer que le patient n'a pas de pathologie ni urgente, ni grave, et si ça peut se faire en 2 minutes, ou sans parler, alors c'est du temps donné aux autres, alors c'est…c'est triste comme raisonnement, mais c'est un peu ça… (…) Ce qui est urgent, ce qui est grave et après ce qui est relationnel, ça devient du superflu, c'est un peu dommage pour un médecin de dire ça, mais…»

E6 30-33p2 « Et de temps en temps, juste le manque de temps qu'on a pas à accorder parce qu'on est dans d'autres taches, ça peut être le début de la maltraitance… en tout cas de la non bienveillance quoi…C'est vrai que les infirmières, les aides-soignantes ont peut-être un peu plus ce temps-là, et compensent peut-être un peu ce temps qu'on a pas, […] mais avec les équipes qui sont un peu à bout ces derniers temps, je pense que ce n'est pas évident… »,

E6 25-26p3 « Donc je pense voilà, juste reconnaitre les choses, pourquoi ils viennent, c'est déjà une première étape. Et après c'est pas évident, c'est des patients qui prennent du temps, et on peut rapidement, par solution de facilité on peut rapidement être moins bientraitant, comme on est un peu sous pression… »,

E6 25-27p7 « On revient tout le temps sur la question du temps…depuis le début…Qu'être bientraitant c'est prendre le temps… Et l'avoir, et le prendre…Sauf que en pratique, quand on a 25 patients dans une unité… »,

E6 45p7 « Dans le sens où il y a pas mal d'articles qui sortent en ce moment sur les EHPAD, les hôpitaux, ou le personnel est débordé, le personnel n'a plus le temps d'être bientraitant, ils ont une douche tous les 15 jours… ça soulève des questions… »

3) *Avec pour conséquence un sentiment de maltraitance institutionnelle vécue par les soignants*

E7 10p6 « Je pense que de là vient le gros malaise des médecins hospitaliers en ce moment, c'est tout dans le conflit de ce que tu voudrais faire en étant bientraitant avec tout ce qui est institutionnel, financier et qui va contre… Si t'arrives pas à être dans cette bientraitance-là alors que tu veux et que t'as d'autres choses qui se mettent contre toi, que c'est pas purement de ton fait, je pense que c'est là où tu deviens… où tu peux vite avoir un burn-out ou des choses comme ça… »

E3 36-39p2, E3 10p10 « Enfin ça participe au fait que je rejette absolument en bloc le système hospitalier du CHU en ce moment, et je n'ai qu'une seule envie, c'est de me casser… parce que je n'ai pas envie de devenir comme ça, parce que je trouve que, enfin je pense que je serais meilleur médecin dehors… »

c) *Les réponses proposées par les médecins à l'échelle institutionnelle pour favoriser la bientraitance*

1) *L'augmentation des ressources*

E1 46-47p11 «Je pense que le temps ça laisse des opportunités pour, pour rattraper quelque chose qui a été un peu bâclé. »

E2 p10 l58 « qui feraient qu'on serait peut-être plus bientraitant… Si on avait plus le temps, plus les capacités humaines… »

E3 9p15 « ou réformer le système hospitalier ? C'est une belle conclusion pour une thèse, non ? »

E3 49p17 « mais plus de moyens, plus d'argent, plus de temps, plus de personnels… »

E3 12p3 « dans une chambre seule, dans un endroit à peu près adapté et en fait »

E4 p15 l33-34 « l'obligation de bientraitance par les moyens, parce qu'on a dit quand même que pour être bientraitants il fallait avoir des moyens un peu adaptés, je pense que oui ça ça serait primordial, de pas avoir une infirmière pour 14 toilettes le matin »

E4 p6 l9-11 « Parce que c'est pas gérable, mais je pense que du coup il y a le travail d'équipe et il y a aussi le soutien logistique, enfin on est dedans, des conditions pas trop mal pour pas être sollicitée tout le temps, c'est un des points importants je pense. D'être pleinement à ce qu'on fait à l'instant présent, et ça, franchement, c'est rare. »

E5 P9 l14-15 « Et puis je pense que tu es d'autant plus bientraitant que tu es bientraité, et que tu n'es pas épuisé…voilà… »

E6 6p12 « Prendre du temps et me dire « là je me pose, et je prends le temps », prendre le temps de faire ce que dois faire, au mieux, en se disant que le temps que je perds -entre guillemets- à ce moment-là, je le gagnerai plus tard parce que ça se passera mieux, si on est bientraitant avec un patient, globalement, l'hospit' se passe mieux»

E6 25-26p7 : « On revient tout le temps sur la question du temps…depuis le début…Qu'être bientraitant c'est prendre le temps… Et l'avoir, et le prendre… »

2) Amélioration des conditions de travail = cadre structurel

E1 50-51p13 « Si t'arrives à un endroit tu peux être super bien, t'as super bien envie, t'es content d'aller travailler, déjà faut avoir envie d'aller travailler, c'est-à-dire qu'il faut que les conditions soient bonnes : si t'arrives, que tout le monde râle…, personne n'est content […] t'as beau être de bonne humeur ça te ronge… Le cercle vicieux il a aussi sa place »

E1 10-11p12 « pourquoi pas l'afficher dans un service… les règles de prévention…, pour une bientraitance à l'hôpital, enfin je sais pas, je trouve ça chouette. Comme un aide mémo, finalement on a plein d'aides mémo là, qui servent à rien, je trouve que celui-là… (rires) il pourrait être sympa quoi »

E1 40p13 « … je pense que c'est, je pense que c'est vraiment le climat qui fait beaucoup de choses, tout le… toute cette disponibilité de… de cœur, enfin d'esprit, tout ce que tu veux… »

E1 47-48p13 « J'aime bien l'idée du cercle vertueux quoi. Plus tu penses, enfin quand tu penses que… enfin quand t'es... ouais j'sais pas, quand t'es dans un esprit, un esprit qui est bien, bah… tu communiques ça aux autres, et puis les autres te le renvoient, et puis c'est… c'est vraiment un cercle vertueux. Et avant il faut déclencher le truc, et du coup ça crée… tout un état de… un état d'esprit quoi »

E2 p11 l26 « Il ne faut pas obliger les gens à être bientraitant, il faut leur faire confiance, essayer de créer un cadre qui s'y prête le plus possible…»

E3 26-28p18 « qu'aux soins palliatifs on a le droit de l'avoir, à l'hôpital c'est un endroit a part qui n'est pas chapeauté par les durées d'hospitalisation, qui a des chambres individuelles (…), des entretiens famille dédiés, avec la psychologue, avec les soignants, tout ça crée un environnement favorable »

E3 16-18p10 « pour avoir de l'autonomie dans ses décisions »

E6 45-46p12 « Il faut plutôt que ça s'inscrive dans une démarche de service, un projet, où là, tu définis « qu'est-ce que la bientraitance, comment le service s'implique là-dedans, pour l'être au maximum », mais pour que ça reste en filigrane. (silence) »

E7 45p6 « C'est pour ça, en institution c'est un peu… C'est compliqué mais c'est peut-être un peu plus facile parce qu'il y a des critères… le nombre de soignants par rapport au nombre de personnes, si les gens sont attachés dans leur coin… »

3) Juste équilibre entre apprentissage et respect

E6 21-23p7 « On ne peut pas être bientraitant si on a pas la personne devant soi et qu'on discute pas des choses…Dans le mesure ou on a un temps donné, je pense que ce n'est pas bien non plus de ne pas le voir , il faudrait trouver un juste milieu, peut être parler des choses hors du patient, peut-être visite pédagogique en dehors de la chambre, et après expliquer au patient, enfin avoir un discours différent vis-à-vis du patient… mais on a pas le temps enfin… »

Annexe n°6 : Scripts des entretiens

Entretien Collectif numéro 1

Intervenant : Du coup on va vous présenter les petites définitions qu'on a posé à la base. On a choisi de manière assez orientée de prendre l'encyclopédie Larousse qui nous paraissait être un référentiel de base et selon la HAS puisqu'on se base beaucoup sur cette définition de la HAS. On peut prendre le temps de les lire tranquillement (silence)

Selon l'encyclopédie Larousse : « Ensemble des soins, des actes et des comportements exercés par l'entourage familial ou professionnel d'une personne et qui procurent un bien-être physique et psychique au bénéficiaire. »

Selon la HAS : « La bientraitance est une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'usager et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'usager, 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 patient, l'usager. Elle nécessite un questionnement tant individuel que collectif de la part des acteurs. »

Intervenant : On vous la laissera la définition, on pourra revenir dessus.

A1 : Quand ils parlent de l'usager c'est…

A2 : le patient

A1 : non mais c'est écrit « dans la prise en charge du patient, de l'usager. »

A2 : ça doit dépendre de quelle structure tu parles, là c'est pas forcément le système de santé (…) souvent des choses qui sont un peu plus large j'ai l'impression

A1 : non c'est pas clair pour moi

(Silence)

Intervenant : Donc on va bien sûr vous laisser ces définitions-là, comme ça ça fait un support sur lequel on peut s'appuyer, et dans le cadre du déroulement de cet entretien collectif il y a plusieurs questions qu'on va vous poser et sur lesquelles on va pouvoir réfléchir tous ensemble. Et si vous voulez je peux vous donner la première question puis après on verra selon la définition de la bientraitance. La première question c'est « à quelles situations cliniques ces définitions vous font-elles penser » et je vous remets la définition. Est-ce que vous avez des exemples de la vie courante, enfin de votre vie courante de médecin auquel ça vous fait penser ?

A1 : Ça ne fait pas penser à une situation en particulier en fait, parce que c'est quelque chose qui s'applique à…, pour moi c'est quelque chose qui s'applique à chaque prise en charge. (silence). Et on se doit d'être, d'être global dans toutes nos prises en charge. C'est très variable, en ville comme à l'hôpital

Intervenant : c'est tout le côté global que tu ressors de la définition

A1 : oui. Je pense que ce serait ça.

A2 : c'est un petit peu la même chose, je vois pas une situation, parce que comme la définition par exemple par le Larousse c'est les soins les actes des comportements, enfin, c'est tout tout le temps et pas forcément même que pendant son temps de travail c'est vraiment quelque chose enfin la bientraitance c'est important dans notre métier c'est mais c'est aussi au-delà quoi, quand on est pas au boulot, et donc sortir là-dedans UNE situation, ça me fait pas penser à une situation en particulier…

Intervenant : d'accord

A3 : bah non, la bientraitance d'ailleurs c'est dans la définition de la HAS c'est une démarche globale dans la prise en charge du patient donc c'est quelque chose qu'on fait tous les jours quotidiennement, et c'est même ça peut même être quelque chose de global au niveau d'un service, une réflexion globale dans la prise en charge du patient dans sa totalité en fait, de son arrivée à la fin dans tout son parcours de soins en fait, il faut que tous les acteurs soient engagés pour avoir un climat qui permet d'avoir une bientraitance. Donc effectivement c'est dur d'en ressortir, finalement c'est notre quotidien on peut pas en ressortir une situation particulière. C'est ce qu'on doit faire tous les jours, c'est ce qu'on doit à nos patients tous les jours.

Intervenant : très bien nous allons passer à la passer à la suite de la question numéro un, qui est donc « est-ce que vous pourriez évoquer ici une situation où vous êtes senti pleinement satisfait de la prise en charge, ou vous êtes senti bien–traitant »

A1 : (silence) euh, pleinement satisfait, euh, non, enfin je sais pas j'ai l'impression que plus on essaye d'être justement, d'être global, plus on a ce sentiment d'oublier, d'oublier des choses, enfin de, plus on cherche à être parfait dans notre prise en charge plus on se rend compte de toutes les imperfections en fait.

Intervenant : d'accord et est-ce que là tu te souviens…

A1 : enfin c'est le sentiment que j'ai, c'est le sentiment que je me souviens d'avoir eu pas mal de fois

Intervenant : d'accord et une situation où tu t'es sentie peut-être justement, rapprochée de cette perfection, est-ce que tu as une image qui tu viens spontanément ?

A1 : oui enfin oui des situations où j'ai senti que j'avais été, que j'avais essayé de voir certains points, de voir le côté psychique et social, douleur, tous ces trucs-là. Mais j'avais essayé de voir quelque chose de global mais à posteriori je me suis rendu compte que j'avais oublié pas mal d'aspect aussi quoi, enfin, pas mal de détails

A3 : Pour toi du coup c'est plus la prise en charge, tu as eu l'impression que, tu t'es pas sentie bien traitante parce que tu aurais oublié une des facettes qui pour toi relève de la prise en charge globale de ton patient ?

A1 : euh, ouais, ça aurait été ça

A3 : c'est ce qui te gènes, tu te trouves du coup pas bientraitante parce que tu as l'impression que t'as pas géré tout ce que tu aurais dû gérer pour ton patient ?

A1 : Bah oui, ouais, ouais, c'est le sentiment que j'ai. Bon après c'est difficile de, enfin c'est difficile de penser à, de penser à tout quoi, et c'est la richesse de travailler en équipe. C'est justement que on se complète vraiment par rapport à ça. Ouais, ouais (rires)

Intervenant : Quand tu parles d'aspect, des différents aspects, qu'est-ce que tu définis par aspects ?

A1 : ben j'ai plus l'exemple en tête c'est dommage…, bah c'est euh l'aspect, l'aspect psychologique, l'aspect de la douleur, ce que je disais la prise en charge sociale…, euh la communication avec la famille, avec euh, et c'est difficile d'aller jusque… Tu peux toujours t'investir plus, dans… dans l'Étoile quoi, tu peux toujours aller plus loin quoi… (silence) C'est comme tous les rayons du soleil, les rayons ils vont très loin quoi (rires)

Intervenant : Et donc la bientraitance ce serait d'aller le plus loin possible dans chacun des rayons ?

A1 : Et ben ce serait d'essayer, oui pour moi ce serait d'essayer d'être… Ça demande une certaine exigence (silence)

Intervenant : Et donc quand tu parles de perfection, pour toi, c'est ça, ce serait atteindre cette perfection ?

A1 : hum, (silence) ouais (rires), enfin oui en gros… (silence)

Intervenant : très bien très bien. Et toi est-ce qu'il y a une situation clinique à laquelle ça te fait penser ? et dans laquelle tu t'es senti bien dans la prise en charge ?

A2 : Alors se sentir bien dans la prise en charge de patients ça m'est arrivé, après c'est pas forcément des endroits où ça me ressort vraiment facilement, mais généralement c'est dans des situations… où il est facile d'être pleinement satisfait, c'est des situations simples… au final.

Ça rejoint un peu ce que tu dis, c'est que tu as pris l'exemple de la situation complexe où on n'y arrive jamais à être parfait parce qu'on est comme on est, et que c'est pas possible…, et il faut mettre en place le maximum de choses et se faire aider par le maximum de personnes disponibles, pour permettre que ça aille au mieux, mais dans les situations simples j'ai déjà eu ce sentiment. Je me rappelle notamment une fois en médecine générale, une patiente qui venait parce qu'elle avait des problèmes, des problèmes où elle se sentait…, elle se sentait pas bien au travail, elle se sentait un peu persécutée, et la chose dont elle avait besoin, c'était… de répondre à ses problèmes du quotidien et surtout c'était d'être écoutée, et j'ai eu l'impression de l'avoir fait, de l'avoir vraiment fait correctement et j'étais vraiment content de la consultation a posteriori. Et la demande de cette dame c'était à la fois d'être écoutée mais surtout d'être entendue et qu'on mette en place des choses pour, entre autres qu'elle puisse se reposer… et sans…, et lui donner les clés pour réussir à passer ses moments où elle se sent pas bien. Et… j'étais content de la manière dont je l'avais fait, enfin, j'aime pas trop utiliser, surtout qu'elle était jeune, j'avais pas du tout envie d'utiliser des médicaments pour ce genre de choses, et c'était plutôt les clés, des clés pour réussir, de relaxation à des choses comme ça et je l'ai revu après, elle était vraiment, vraiment contente de comment ça se passait. Le problème au travail n'était pas résolu mais… mais sur ce que j'ai…, j'ai…, mais j'ai aucun pouvoir dessus et mon travail il était pas là, donc du coup sur ce qu'était mon…, ce qu'était mon devoir, en tout cas j'avais des bons retours et j'étais content.

Mais sur ce que tu dis après, sur les personnes qui sont plus…, les situations qui sont plus complexes, les personnes avec plusieurs problèmes, le souci c'est que, seul en tout cas on est incapable de faire, d'atteindre la perfection dont tu parles je pense. Et si je devais… si, si on me disait, demain… tu dois faire ça sinon tu n'es pas bon…, eh bien je pense que j'arrêterai parce que je serai pas bon et que ça me foutrait les boules. (rires)

Intervenant : Et cette, la patiente dont tu relates l'histoire comment, enfin de quelle manière as-tu pu voir que sa demande était celle-là ?

A2 : Bah déjà en l'écoutant (rires). Et puis après en sachant que, bah, et bien que quand je l'avais revu quelques…, enfin je crois je lui avais proposé une semaine plus tard, et…et bien sûr ce n'était pas des problèmes qu'au boulot, c'était aussi des problèmes familiaux, elle s'était faite larguer par son mari juste avant Noël et toujours cette période-là c'était compliqué, sauf que là ça se manifestait au boulot, où elle supportait plus rien…, où elle supportait plus personne et ça allait pas. Donc du coup je l'ai revu une semaine après…, je l'ai revu 15 jours après, et je voyais vraiment son amélioration, je voyais qu'elle allait mieux… et elle… elle me remerciait elle aussi, elle me disait vraiment du coup c'était, oui c'était, très satisfaisant.

A3 : Et bien nous dans le service on fait de la communication thérapeutique, et, du coup je pense qu'il y a un petit biais par rapport à la bientraitance, et que… c'est hyper intéressant justement de mettre des patients dans un climat de confiance, et de les emmener dans un

autre monde pour des gestes douloureux, et notamment je le fais quasi systématiquement sur les ponctions lombaires et c'est… et pour le coup ça a un côté très magique en fait sur même des gens qui en avait déjà eu avant et quand on les emmène en communication thérapeutique et…, et qui en fait ils ne bougent pas du tout pendant le geste, et qu'à la fin il y en a certains qui disent « bah en fait j'ai rien senti », d'autres qui disent « j'ai senti mais par rapport à la dernière fois c'est incomparable », bah sur ça… ça mène à dire j'ai été bientraitant en fait pour mon patient, je l'ai je lui ai pas fait mal, j'ai pu enlever son appréhension…, j'ai pu l'emmener dans un climat où il avait un peu plus confiance, et où il était mieux, plus serein. Et euh… du coup c'est hyper gratifiant pour nous parce que forcément on se dit bah tiens, oui là il était bien, c'était sympa, et pour lui parce que, du coup il n'aura plus la même appréhension sur le même geste, et… c'est vrai que ça, ouais c'est assez sympa à voir… mais moi je ne vois pas la bientraitance aussi loin, je pense aussi c'est la différence, peut-être, entre la médecine générale et la médecine d'urgence, mais moi je vois pas la bientraitance aussi loin que toi tu peux la voir.

Moi je la vois à mon échelle…, à l'échelle, à l'échelle d'une prise en charge en fait, mais j'accepte que, bah… parfois on n'a pas le temps, mais ça c'est le propre des urgences, on a pas le temps de discuter avec eux bah… de ce qu'ils sont, ce qu'ils font qu'ils sont là, on prend vraiment ce qui est aigu et on a pas le temps de se poser, et de prendre le temps avec eux.

Après on sent que des fois c'est plus agréable quand on a le temps de pouvoir… discuter, s'assoir réellement à côté du brancard et parler avec les gens, de, de ce qu'ils ont envie de parler en fait, qui souvent fait la globalité de la personne. Évidemment, on est… on est meilleurs, on sent que c'est mieux, nous on se sent mieux, eux ils se sentent mieux, mais on n'a pas toujours le temps, et c'est vrai que ce côté psychique ou social, si, si… je l'ai pas et si quelqu'un d'autre peut-être pourra leur apporter. Mais en tout cas moi je ne me sens pas maltraitante parce que je n'ai pas eu le temps de l'aborder... Voilà c'est plus, pour moi, dans le soin, et dans mon soin en fait, et euh… qu'après effectivement sinon je suis d'accord avec toi…, ce serait génial si on pouvait faire tout, tout et les prendre en charge dans leur globalité, comme c'est écrit hein, « démarche globale du patient » mais, mais déjà si moi je suis contente de la relation que j'ai eu avec eux, que je leur ai pas fait mal, que j'ai pas fait des soins déraisonnables… aussi, c'est important pour moi de savoir s'arrêter, de savoir, et bien quels sont les examens qui vont être nécessaires ou pas... Par exemple, moi certains gaz du sang dans cet hôpital ici, moi ça me choque… parce que c'est, c'est un geste qui fait mal, c'est un geste qui pour moi n'est pas toujours nécessaire, qui n'apportera pas forcément quelque chose en plus, et qui pour moi est de la vraie maltraitance. Mais plusieurs fois je l'ai dit à certaines infirmières, en disant : « mais là en fait, on est maltraitants envers le patient, on lui a fait mal, ça ne m'apportera rien, il n'y a pas de bénéfices, pour moi on est maltraitants ».

Intervenant : Et pourquoi ils l'avaient fait cet examen ?

A3 : Il a été fait sur la demande expresse du service, où le patient ne peut pas monter dans le service si le geste n'est pas fait. (silence). Donc voilà, et tu as beau expliquer, plein de fois, t'expliques, moi j'explique ma démarche du coup : aux infirmières, ou aux médecins en disant : « voilà pourquoi je ne vais pas le faire en fait, voilà pourquoi moi je prends la responsabilité de ne pas le faire, parce que je considère que… ce patient, soit il n'y en a pas besoin, il sature bien donc il n'en a pas besoin, soit parce qu'il est très âgé, et que de toute façon même si le résultat est gravissime, il n'y aura pas de prise en charge qui sera déclenchée derrière, ce ne sera pas quelqu'un qui va aller en soins intensifs, c'est pas quelqu'un qui aura de la VNI enfin…, donc même si on trouve quelque chose de gravissime de toute façon on s'arrêtera là, donc on ne va pas faire quelque chose où on en tiendra pas de bénéfices.

A1 : Et toi tu dis, quand tu n'es pas euh…, enfin en fait, tu dis…. à l'opposé de la bientraitance, tu mets tout de suite la maltraitance et euh…, et je, enfin… je suis vraiment d'accord avec toi, je suis d'accord sur le fait que tu as des prises en charge qui sont vraiment satisfaisantes mais…, je me dis, elles auraient pu l'être encore mieux quoi… (rires). Comme si tu avais un grade dans la bientraitance de te dire, je sais pas, c'est hyper subjectif mais je me dis j'aurais pu être encore, tu peux toujours donner plus quoi, enfin... Sans être maltraitant du coup, mais tu te dis que tu peux toujours aller plus loin quoi.

A2 : Après, là où je te rejoins aussi, c'est que… au final c'est un petit peu, ça m'a fait penser à que je disais, au final chacun a son rôle dans la prise en charge globale du patient, et seul…, on ne peut pas tout faire, on ne va pas faire la prise en charge sociale , on ne pourra pas, et en même temps s'assurer…, s'assurer de, d'être allé chez le patient pour avoir vérifié si il pouvait retourner chez lui sans risques ou des choses comme ça, et c'est vrai qu'aux urgences…, c'est d'éliminer tout ce qui est grave, et ensuite de confier… le reste de la prise en charge, le rétablissement du patient et tout ça, plus au service, qui lui devra s'assurer d'un bon retour à domicile ou d'une bonne orientation. Et au final, c'est, c'est la prise en charge de tout le monde qui fait qu'on arrive sur une bientraitance globale, et ça ne me choque pas du tout que tu nous rejoignes pas forcément sur une vue plus globale, enfin moi je suis en service en ce moment, et c'est vrai que du coup, je suis plutôt dans une position où…, on a plus d'éléments qu'il faut, pour répondre, pour permettre une prise en charge… pour avoir fini la prise en charge du patient à notre échelle, chose qu'il n'y a pas forcément aux urgences parce qu'effectivement ce n'est pas le lieu. Donc…, oui c'était pour dire que effectivement il faut plusieurs acteurs avec des rôles différents, et c'est la somme des acteurs qui aboutiront en fait, à une chaîne de prise en charge globale… bientraitante. C'est ce qui est dit au final dans sa définition.

Intervenant : Donc quand tu parlais de la communication thérapeutique, ça consiste en quoi ? Ça s'est mis en place quand ?

A3 : Oula, quand est-ce que ça s'est mis en place, j'en sais rien du tout il faudrait demander aux responsables. Mais en tout cas c'est une vraie politique de service : c'est de former, donc il y a des formations qui sont deux fois par an, c'est sur trois jours…, nous les nôtres donc c'est sur trois jours, et il y a tous les acteurs au sein du service des urgences qui font cette formation : donc que ce soit les manipulateurs radio, les brancardiers, les secrétaires, les aides-soignantes, les infirmières, les médecins, enfin voilà, tous ceux qui peuvent graviter autour d'un patient au sein d'un service d'urgences dans sa globalité, et euh… donc on est assez nombreux dans ces formations, on doit être une quinzaine à peu près, et où en fait on apprend plusieurs choses : la position…, notamment comment aborder un patient, comment se placer en faisant différents jeux de rôle, en fait tout se fait sur des jeux de rôle, donc il y a certaines…, bon il y a un peu de théorie sur 2 ou 3 choses mais après ça se fait beaucoup sur les jeux de rôle, qui vont de plus en plus loin en fait…, donc au début uniquement sur la posture, après sur comment on parle, ensuite comment est-ce qu'on introduit un geste… Et au final, c'est des débuts d'hypnose, en fait… c'est pour les mettre dans un état un peu de transe et une transe plutôt…, ils appellent ça une transe positive en fait, donc c'est changer le

patient qui lui…, en fait, dès que on n'est pas bien, on se renferme sur soi, et on a plein d'idées, en fait, négatives… qui arrivent plus ou moins consciemment, et en fait c'est remettre ses idées dans quelque chose de positif, donc c'est amener le patient dans un endroit où il est bien. Et donc en fait on l'emmène par la parole, par les gestes, tout ça, dans un endroit où il est bien, donc en général par exemple, on lui demande où est-ce qu'il a envie d'aller et puis, soit il adhère et il nous dit, et soit il n'adhère pas et du coup on lui propose un endroit, en utilisant tous les sens, et en essayant de le faire voyager. (silence). Enfin…vous en avez tous fait ? (hochement de tête). Voilà elles sont toutes formées.

A2 : C'est possible d'avoir accès à ces formations même si on n'est pas aux urgences ?

A3 : Non. Après tu peux te former toi, par contre il y a des formations en dehors, en dehors du service et de l'hôpital, ça existe, ce sont des formations de communication thérapeutique, après ils font des ateliers aux journées du RENAU (réseau nord-alpin des urgences), mais après même en dehors tu peux te renseigner y'a plein de formations, sur tout ça.

Intervenant : Nous passons donc à la question suivante : « quelle place cette notion occupe-t-elle dans votre pratique ?». C'est un peu abstrait comme question mais c'est, c'est pareil, c'est pour re contextualiser un petit peu cette place, entre guillemets, de la bientraitance.

A1 : Euh… Et bien je dirais que, que ça prend de plus en plus de place, je sais plus, c'était aux urgences je me demande si c'était pas « médecin X » qui avait dit ça, il y avait une étude qui avait été faite justement, et c'était sur la prise en charge des internes, et sur la prise en charge des seniors, il se rendait compte que les seniors prenaient beaucoup plus de temps, qu'ils avaient beaucoup plus d'empathie, que finalement, les gens étaient beaucoup plus…. contents de la prise en charge quoi, ils sortaient beaucoup plus sereins quoi, justement avec ce sentiment d'être bien, d'être bien traités. Il me semble que c'était ça ouais.

A3 : C'était pas l'inverse ? Tu es sûre que c'était ça ?

A1 : Non non, c'était vraiment ça quoi, parce que… avec l'expérience, tout le bagage que tu as globalement ouais, mhh... Mais finalement, ça ne m'étonne pas tant que ça parce que parfois…, enfin, parfois quand on est… moi je me souviens en tout cas de mon stage aux urgences, au début, je prenais, je prenais…… enfin ma prise en charge avait vraiment complètement changé en six mois, et à la fin je prenais beaucoup plus le temps... Bon, c'est mon côté médecin généraliste aussi (sourire) mais j'avais… besoin d'avoir ce temps-là… avec le patient, et on avait eu notre petit cours en plus de communication thérapeutique (rires), qui m'a, qui nous a pas mal interpellé quoi. Donc… je laissais parler le patient, j'employais des mots positifs… etc., enfin, tout ça. Et puis j'adapte aussi un peu avec moi, enfin… mes outils à moi et les outils qu'on nous propose. Et…, et ouais, je me dis de plus en plus…, que mon rôle en tant que médecin c'est pas, euh…, enfin je me dis que ça fait vraiment partie de mon travail, qui en plus d'être cela est une vocation, et donc ça doit être, ça doit être toujours… enfin je dois vraiment laisser… la bienveillance prendre le dessus plutôt que mes petits parasites personnels, quoi, dans la prise en charge.

Intervenant : Et tu dirais que de ton début d'internat à actuellement, maintenant, ça a même changé ?

A1 : J'ai l'impression d'avoir plus de recul… sur pas mal de choses quoi.

Intervenant : D'accord, et ce recul te permet de te sentir mieux bientraitante ?

A1 : Eh bien du coup ça déjà, ce recul me permet déjà… de souffler un peu, de ne pas être stressée, de ne pas être éparpillée… d'être plus organisée… (rires) même si c'est pas… Mais c'est un peu un peu mieux quoi, et donc du coup ça me permet de laisser place à…, ouais… laisser place à tout ce…, enfin toute cette…, à plus de sérénité, je pense, oui je dirais ça.

A3 : Finalement, en te déchargeant du, enfin, tu prends plus de bagage aussi au niveau technique peut-être.

A1 : Ouais, ouais.

A3 : Oui sur tes connaissances, tu te sens plus sûre non ?

A1 : Oui, oui je suis plus sûr de moi, Ouais.

A3 : Ça te permet peut-être d'avoir plus de place pour ton patient…, non, je sais pas ?

A1 : Oui certainement… (silence) Ouais, ça c'est clair.

A2 : Est-ce que tu peux remettre la question s'il te plaît ?

Intervenant : Oui pardon. La question c'est « quelle place cette notion occupe-t-elle dans votre pratique ?»

A2 : C'est pas une question facile, parce que… la bienveillance, je me lève pas tous les matins en me disant : aujourd'hui je vais être bienveillant, je vais pas commencer à voir chaque patient en me disant, enfin… cette notion elle est là, mais…, elle est toujours là, mais sans y penser en fait. Et peut-être à tort parce que, en se rappelant que…, en se rappelant effectivement…, en y pensant… peut-être qu'on ferait les choses différemment, mais…. la place qu'elle prend dans la pratique après… D'un point de vue plus factuel, là où j'essaie vraiment d'être… ou j'y pense systématiquement, et là où je sens aussi que j'ai pris du bagage, c'est surtout sur la communication : donner les explications, parler avec le patient, le laisser parler, l'écouter… j'ai effectivement énormément, j'ai vu une énorme différence entre…, entre le début de mon internat et maintenant, seulement un an après. Sûrement aussi du fait que, quand on sort de l'internat, on sort vraiment de cours pratiques, où on cherche des signes, on cherche des éléments, on est vraiment dans la recherche de… diagnostic, de l'orientation, de choses comme ça, et on n'est pas… on est pas dans la communication, on est pas dans la prise en charge globale. Enfin, j'ai l'impression qu'on a on a… on a des questions plus ciblées, on a... C'est vraiment différent, alors que avec le temps on se rend compte que finalement on peut prendre le temps et que laisser parler le patient apporte autant d'information si ce n'est plus…, et le patient il s'y sent bien, et nous

aussi, et ça permet je pense une meilleure bienveillance. Après dans les explications à donner j'ai aussi progressé là-dessus, avant j'avais du mal à sortir du jargon médical et des choses comme ça, alors que, de plus en plus…, je comprends que le patient a compris ce que je voulais lui dire, qu'il a compris l'importance, et enfin ce qui était important dans ce que j'avais à lui dire : le gros, bien sûr, pas le détail, pas la partie scientifique mais le reste, et... je sens vraiment surtout sur le plan de la communication que j'ai beaucoup progressé en allant sur… sur une partie de la bienveillance du coup. (silence)

Intervenant : Et toi, en termes de place dans ta pratique ? Est-ce que…

A3 : Et bien, j'aimerais qu'elle soit un peu plus… J'essaye… un maximum, mais c'est compliqué qu'elle soit présente tout le temps, chaque jour, pour chaque patient… c'est très dur, c'est même une des questions que j'avais…à la fin de la communication thérapeutique, j'avais été voir une des formatrices et je lui avais dit : « mais comment tu fais parce que moi… », pourtant je me sentais… enfin après ça donne plein d'outils mais je sentais que ces outils-là je les utilisais déjà avant, et que… Mais je lui ai dit : « je n'arrive pas à…à le faire tous les jours en fait, tous les jours…, j'y arrive pas, pour tous les patients... ». Et, effectivement il y a des journées où je me dis, ou des patients, ou je me dis : mais là en fait, « t'as pas été… très sympa…, t'as pas fait ton meilleur aussi », parce que des fois dans les prises en charge, on se dit bon en fait j'ai peut-être été un peu légère, qu'est-ce qui… donc j'aimerais vraiment essayer d'avoir plus, mais il y a des fois où… bah ce jour-là on est moins bien, on est un peu plus fatigué, ou il y a aussi des relations, mine de rien avec certains patients, bah ça passe moins bien qu'avec d'autres… donc même si des fois on se dit bah attends je vais souffler un petit coup, puis je vais revenir, en fait ils sont peut-être stressés, ils sont pas bien, enfin voilà il faut aussi que je me mette un peu à leur place pour essayer d'être…, d'être un peu mieux… Mais, mais voilà, j'aimerais que ce soit tous les jours, tous les jours pour chaque patient… Donc, c'est une grosse partie, c'est une grosse partie de mes journées, de mon travail, mais parfois je me dis que je pourrais faire… faire encore mieux et faire bien plus en fait, et pouvoir le proposer à tout le monde.

Intervenant : Pour toi, la partie communication thérapeutique s'intègre vraiment dans la notion de bientraitance ?

A3 : C'est une globalité, mais pour moi, en fait avec tout ce que… va la communication thérapeutique, t'as parlé aussi de pas dire des mots, des mots… par exemple « Ça va piquer, c'est froid, on va venir vous faire une prise de sang », enfin plein de mots comme ça, et finalement, c'est la prise en charge globale du patient : c'est de son accueil, au patient… enfin avoir quelqu'un qui lui dit bonjour quand il arrive, et quand il se présente, alors en sachant qu'il est déjà stressé, que c'est déjà compliqué, bah rien que ça pour moi, c'est de la bientraitance, avoir quelqu'un qui l'accueille en lui disant bonjour avec un sourire euh…, se présenter, je pense se présenter, c'est aussi pour moi de la bientraitance parce que du coup on sait à qui on s'adresse, et donc du coup le patient, il est mieux … il se sent plus en confiance… Le laisser parler, comme vous avez dit, effectivement, mais parfois… on n'a pas le temps. Enfin, tout ça pour moi, et en fait tout ça, ça s'inclut dans la communication, mais la bientraitance elle débute par la communication, parce que c'est par là qu'on entre en contact avec les gens, mais après on est dans un métier où il y a quand même du soin, où il y a des actes techniques à faire, et il faut que ses actes techniques soient faits aussi dans le bon cadre… Mais ce qu'on dit, c'est que dans tout le parcours de soins, donc avec tous les acteurs…, tous les acteurs que le patient peut rencontrer en fait. La bientraitance, elle est là… tout le monde peut y participer…, comme un brancardier, quand il dit « bonjour vous êtes bien Madame machin, je vais vous emmener à votre examen, est-ce que vous n'avez pas froid », et bien, c'est con mais moi, quand je regarde les brancardiers faire ça, et ben je me dis j'aimerais bien qu'on me prenne en charge comme ça, et effectivement je pense que c'est un petit moment que les patients ils ont à eux et où on leur demande si là finalement : « est-ce que ça va quoi, est-ce que vous sentez, vous vous sentez bien ? »

Et je pense qu'en médecine générale, c'est pas facile d'avoir, tu vois on en parlait avant ton stage, mais je trouve que la bientraitance en médecine générale, ça doit pas être évident parce que… dans le temps qui t'es imparti, il faut que tu puisses t'occuper de tes patients, mais en sachant que ta salle d'attente elle déborde…, moi je sais que en médecine générale par exemple j'avais énormément de mal à recevoir l'argent. Et pour moi, me faire payer pour un soin, pour mon métier…, c'est quelque chose que je n'acceptais pas du tout, et pour moi c'était quasiment de la maltraitance en fait, de demander à la fin d'une consultation de demander 32 €… Oui je sais c'est mon métier je viens de fournir quelque chose, mais… moi je le vois pas comme quelque chose… ça me gênait… (silence)

Intervenant : Et toi tu te sens comment vis-à-vis de de ce moment où, tu reçois l'argent ?

A1 : Ou le patient doit payer, eh bien justement j'étais en train de réfléchir, et c'est vrai que…(silence) Moi je disais pas…, je disais pas : c'est 23 € machin, mais je dis « vous réglerez comment » (rire) C'était une manière de contourner le truc…, parce que c'est vrai moi aussi ça me gênait pas mal de recevoir les sous…, enfin oui c'est pas un moment agréable quoi. Tu te demandes si la consultation elle est vraiment finie…, et puis en même temps, tu as un quart d'heure quoi… donc il faut bien que la consultation elle termine… Mais que à partir du moment où tu… t'annonces, ça clôt en fait la consultation, complètement. Et puis… après, après ça peut permettre aussi à certaines consultations de dire : bon non là y'a plusieurs problèmes, et bien, on prend les choses une par une et puis, et puis, votre problème va se décomposer en plein de petits problèmes..., et on va y aller petit à petit quoi…, on pourra pas tout voir d'un coup.

A3 : Moi ça me gênait ça…, de leur dire : bah, alors attendez aujourd'hui… notamment nous ce qu'on nous apprenait en médecine générale, c'était de dire : bon vous demandez aux patients qui ont des plaintes multiples « Bon aujourd'hui, on va régler trois problèmes, donc donnez-moi trois problèmes » mais finalement, il vient, lui, il a 7 problèmes, donc il va falloir qu'il revienne trois fois ?! Et bien moi ça me gênait de lui dire : et ben écoutez on va se revoir la semaine prochaine. Alors oui je sais que c'est le suivi, c'est comme ça, c'est la médecine générale…, mais moi j'avais vachement de mal avec ça, de lui dire et ben vous revenez la semaine prochaine… Et finalement, si…, bon si c'est pour recontrôler la tension, tu te dis bah c'est pareil j'ai contrôlé la tension, je l'ai refait payer 23 € là, alors que globalement j'ai juste pris la tension... Mais ça c'était un des trucs qui me gênait vis-à-vis du patient, de lui dire : bon bah on va se revoir pour rerégler ce problème.

A2 : Après moi ce que faisaient mes praticiens, là où j'étais en stage chez le prat, du coup au premier semestre…, je pense pas du tout que ce soit pour ça, c'est aussi par un côté pratique, mais les encaissements, c'était les secrétaires qui les faisaient, c'était pas eux.

Et c'est bête, mais c'est vrai que ça différenciait le temps de la consultation… et le temps du paiement, et je pense que ça devait avoir un côté positif pour le patient, dans le sens où il n'associait pas les deux, nécessairement dans l'instant quoi. C'était différentes personnes avec différents rôles, et puis au final, payer une consultation ça n'a rien de choquant… pour un patient. C'est vrai qu'après, trouver la manière de le dire, et puis surtout si on est gêné quand on le fait, je pense le patient, il va forcément… même si c'est inconsciemment il doit sentir qu'il y a une gêne quelque part, que ça instaure une gêne, alors que le fait de le laisser aux secrétaires, que ce soit une partie de leur rôle, je pense que ça a tendance à… à assouplir un petit peu, à alléger un peu cette situation qui effectivement qui peut être un peu délicate, même si elle est parfaitement justifiable.

Intervenant : C'est comme s'il y avait un lien, enfin une absence de lien entre l'argent et un bon rôle médical ? (silence) Parce qu'on est un peu comme en opposition là ? Le fait que… demander de l'argent, comme si la demande d'argent, enfin la financiarisation de l'acte médical, était un problème dans la relation avec le patient ? Je ne suis pas sûr d'avoir bien compris.

A2 : Je pense que le problème il est surtout d'être, d'avoir une gêne à un moment dans la relation avec le patient, et si il vient au moment où on demande des sous, il faut trouver une solution pour ne pas se retrouver dans cette situation. Si ça pose pas de problème, après, c'est normal de payer un acte médical comme c'est normal de payer tout acte…, enfin moi c'est comme ça que je le vois personnellement, mais par contre ce qui me gêne un peu plus c'est qu'il y ait une gêne qui s'installe dans la discussion, dans la relation avec le patient.

Intervenant : Et toi A3, ça te gênait… ?

A3 : Ah oui moi ça me gênait, j'adore travailler en public pour ça, je veux pas m'occuper des sous, des cotations… Ouais pour moi c'est pas… l'acte médical, enfin après…. tout le côté, moi, psy, où il faut payer la consultation, notamment la psychothérapie, où il faut payer ta consultation, parce que tu te dois de donner de l'argent… non mais ça fait partie de la thérapie, quand on va en psychothérapie, ça fait partie de la thérapie. Et… moi, c'est pas bénéfique, pour moi par exemple donner de l'argent… mais après je conçois que pour certains… mais si on parle de… moi j'ai pas besoin de recevoir de l'argent pour me sentir bientraitante et pour moi, mon métier est complètement détaché de l'argent. Et que… voilà effectivement moi l'argent, je le conçois pas en relation du tout avec…, avec ma prise en charge en fait médicale, et pour moi c'est deux choses complètement différentes, et que c'est à pas moi d'associer, en tant que médecin. Que ça passe par quelqu'un d'autre, je trouve ça très bien, mais que ce soit pas à moi en fait de le faire…, et je suis pas sûre non plus que le patient en tire un bénéfice… de donner de l'argent à son médecin. Il faut qu'il règle, parce que ça fait partie… il faut faire vivre son médecin, il faut faire vivre la consultation, mais dans le soin, d'avoir cet argent dans le soin, pour moi n'est pas bénéfique.

A2 : je suis d'accord avec toi.

A3 : Après par contre il faut que les gens comprennent la valeur du soin, et la valeur de notre système de santé…, et notamment par exemple à l'hôpital où c'est complètement dématérialisé, et bien effectivement, on se rend compte aussi qu'à l'hôpital, ils se rendent pas bien compte de ce que tout ce que peuvent coûter les choses, et tout ce que peut coûter le soin. Mais, on est plus du tout dans la bientraitance mais en tout cas ça moi en médecine générale, ça me posait vraiment problème.

Intervenant : Comme si ça retirait justement de la bientraitance ?

A3 : Ah pour moi ça retirait complètement, pour moi j'avais l'impression que… que c'était…, que tu essaies de faire un truc, et puis, en fait voilà, maintenant vous me devez 23 euros, la porte est par là… Ça coupe tout quoi, en fait…, ça coupe tout, presque pour moi ça coupait tu vois, un lien… médecin-patient en fait. Mais probablement que, comme tu le dis, eux, les patients le percevaient pas comme ça. Moi en tant que malade, si…, tu sens que, bon bah voilà…, on coupe court…, on est plus dans un échange ouvert en fait, ça ferme tout.

A2 : Chose qui part si on demande « est-ce qu'il y a encore autre chose ? est-ce qu'on a terminé ? bon bah à la prochaine fois. » Effectivement, ils sortent, et puis ils vont régler… à l'entrée, c'est plus le rôle du médecin, c'est vrai que le rôle du médecin c'est pas forcément celui de recevoir les sous. Et puis je suis d'accord avec toi, même d'un point de vue de la psychothérapie, le côté bénéfique… et curateur de payer sa consultation, je l'ai jamais compris… : « Payez, vous sentirez mieux monsieur ! »

A1 : Non, mais tu parlais de donner de la valeur à l'acte, et ça fait partie aussi… Si on voit aussi les problèmes de, … d'assistanat en fait, des gens… tu as l'impression d'avoir des actes qui sont gratuits…

A2 : C'est pas nécessairement au médecin de demander les sous, si jamais le patient sort, et par exemple va payer à l'accueil... On n'est pas dans ce problème, on est toujours dans la relation médicale, tant qu'on est dans le bureau médical on est dans la relation médicale, jusqu'à fin de la consultation…, et puis après le patient quand il a fini il s'en va, et c'est quelqu'un d'autre qui prend le côté… financier, c'est plus le médecin qui s'en occupe, et c'est vrai, ça je pense que ça joue, ça doit faire un petit quelque chose, une petite différence.

A1 : Je pense que ça…, je pense que c'est vraiment une question d'habitude, et que y'a plein de patients que ça dérange pas en fait, parce qu'ils se sont jamais posé la question, parce que ça a toujours été comme ça. Et je sais pas, ce serait intéressant de poser la question… aux patients en fait, ce qu'ils en pensent vraiment, parce que nous ça nous gêne beaucoup… mais eux, qu'est-ce qu'ils en pensent ?

Intervenant : Par exemple toi ça te gène, tu as l'impression que ça enlève… justement, à la bientraitance du patient ?

A1 : (silence) je sais pas… En fait tu passes, tu passes d'un moment où tu parles, tu parles en profondeur avec la personne…, il faut voir comme c'est hyper invasif une consultation en médecine générale, tu… : à peine arrivés, les gens… tu leur demandes des choses… hyper intimes, ils se déshabillent, et puis après…, bon bah tu leur demandes des sous…, enfin, c'est très brutal en fait, c'est vrai que c'est très brutal.

Intervenant : Est-ce que la temporalité joue un rôle dans cette brutalité ?

A1 : Non…, à mon sens non.

A3 : Et ça, ça te dérange moi à l'hôpital ? Parce que finalement… tu fais la même chose à l'hôpital... Tu dis, d'être très… très intime, le fait de les faire se déshabiller…

A1 : c'est encore plus choquant à l'hôpital je trouve, parce qu'on est… parce qu'on va encore plus loin… (rires). Les patients ils sont dans des… enfin c'est hyper… Oui il y a plein de choses qui me choquent à l'hôpital, ouais..., ouais… parce qu'on les déshumanise un petit peu en quelque sorte, enfin…, tu vois… c'est marrant tu vois on dit…, entre nous on dit « on bouffe du patient », « on les met dans des box », (rires), enfin tu vois il y a plein de choses comme ça, où… tu les… tu les animalises un peu, tu fais à la chaîne… C'est un peu comme ça… ça va vite en tout cas, ça va vite de parler… de voir le patient, en tant que… pas en tant que Homme, mais en tant que… des gens à voir, et une liste à… à faire quoi, enfin c'est valable dans les services, comme dans les… Enfin je trouve que c'est difficile, enfin ça demande plus d'effort…, d'être… justement d'être bientraitant que de ne pas l'être quoi…

A3 : Alors que tu trouves, c'est pas du tout la même chose en médecine générale, c'est quoi du coup qui te… ?

A1 : Si ben, disons qu'en médecine générale… tu as plus le temps quand même…, t'as plus le temps, t'as moins d'obligation de… t'as moins d'obligation de… de… de… mince j'ai pas le mot en tête… de résultats. Donc tu peux très bien dire : « bon bah écoutez…, euh, je sais pas, on va chercher ensemble, faites tel examen et puis revenez me voir quoi, et donc du coup, ça te laisse une semaine pour… enfin tu te laisses plus de temps… et du coup t'as pas… t'as pas une obligation… de donner une réponse immédiate quoi, ce qu'on est obligés de faire aux urgences, enfin…, on est là pour ça en soit… Du coup t'as une pression qui s'instaure, t'as, t'as une… le patient qui met le médecin un petit peu, qu'il ne connait pas… tu vois t'as une relation super bizarre qui s'instaure… Enfin… tu vois ce que je veux dire ?

A3 : Non, non, la relation bizarre non… Tu trouves qu'elle est moins vraie ?

A1 : Je dis pas qu'elle est moins vraie, mais je dis que le patient… le patient à l'hôpital, il est…, il est un peu laissé à lui-même quoi… Une fois, c'est marrant, j'avais soigné un médecin, il était ophtalmologue… donc tu vois il connaissait ce que c'était le milieu, et j'avais essayé de bien lui expliquer etc… et en fait euh, il attendait bah du coup dans le transit, et puis il est allé voir l'infirmière en lui disant que le médecin lui avait à peine parlé, lui avait parlé 2 minutes quoi. Alors que…, alors que c'était pas vrai, j'avais passé le temps, mais c'est vrai qu'il avait passé beaucoup plus de temps à attendre que…, que être avec moi dans la…, enfin en train de…, c'est… que je lui explique quoi… Mais… de ce que qu'il avait compris, parce qu'il était à l'hôpital, parce qu'il était aux urgences, parce que c'est un endroit où on n'a pas vraiment choisi d'être… Le patient quand il va en cabinet de médecine générale, il a eu le temps d'essayer déjà de chercher sur… enfin de chercher, de trouver d'autres alternatives, et puis si vraiment, il arrive pas, et bien il va…, il va en médecine générale, mais en prenant le temps… Enfin il peut avoir quelques jours de délai… Aux urgences, c'est pas pareil, c'est pas du tout la même, c'est pas du tout la même médecine… je dis pas du tout que, que c'est mieux, ou que c'est pire hein…, parce que je sais que… enfin, enfin, du coup… je sais comment c'est… (rires). Mais… mais ouais, je sais pas pourquoi… ce que je voulais dire… je me suis perdue…

Intervenant : Très bien, très bien, c'est parfait… Est-ce que vous aviez des choses à rajouter ? (silence) Troisième question ? « Dans quelle situation vous-êtes-vous senti moins bientraitant que ce que vous auriez voulu être, au-delà de la prise en charge médicale pure ? Et quelles peuvent en être les raisons à votre avis ? »

A3 : on a déjà un peu répondu (rire)... J'ai déjà un peu répondu... Enfin pour ma part j'ai déjà un peu répondu... (silence) Pour moi c'est vraiment lié à la fatigue, au stress… Voilà... enfin moi je le relie vraiment à ça, ça me... moi ça m'interroge toujours, parce que du coup, je trouve qu'on perd... on perd du coup la satisfaction aussi qu'on a, propre. Enfin je trouve qu'à chaque prise en charge, à chaque patient, bon après, il y a une graduation, hein... Il y en a on est super contents et il y en a on est pas du tout contents, et puis, bon... il y en a pleins au milieu. Mais moi ça m'interroge souvent, quand je sors pas, pas contente de moi, pas satisfaite, ou à la fin d'une journée quand je me change et je me dis oh là... là je sais pas, je trouve que, ça allait pas..., ou des fois je me fais la réflexion aussi dans la journée, de me dire bah là est-ce que vraiment, est-ce que tu as fait tout ce que ce qu'il fallait pour les patients, est-ce que tu as compris ce qu'ils avaient... est-ce que tu as été sympa avec eux... ? et j'essaye souvent de me remettre en question..., et en cause vis-à-vis des patients euh... et notamment quand je suis pas du tout satisfaite de moi, dans... dans la prise en charge du patient en fait euh... pas seulement médicale, enfin pas technique pure... La technique pure, bon ça... eux il s'en rendent jamais compte en fait de la technique pure... finalement quand on loupe la technique pure... ils s'en rendent pas compte quoi... Si, ils vont... évidemment « ah là là, l'infirmière elle m'a loupé quatre fois », mais je pense qu'après ce qui lui restera ce ne sera jamais ça en fait, sera sera jamais ça..., après c'est tout ce qui l'entoure en fait, c'est tout ce qui entoure euh, le soin... Et, et... moi, ouais les raisons, quand je suis moins bientraitante, y'a beaucoup beaucoup la fatigue, l'énervement, ou aussi bien sûr une grosse charge de travail quoi..., quand on a une très grosse charge de travail..., et bien derrière euh, évidemment... je prends moins le temps de discuter avec les gens..., et puis parce que... moi je le dis souvent, mais parce que aux urgences en fait on a pas qu'un patient dans la tête en fait euh..., on a tous les 15 qu'on a en charge, qui sont un peu partout autour de nous, avec plein de petites bulles, ou dans chacun en fait il y a ce qu'il faut faire, ce qu'il ne faut pas oublier... lequel était un peu plus grave..., et en fait on est, on est concentrés au moment T où on voit la personne..., on la voit la première fois, dans sa salle d'examen, toute seule, là on est concentrés... on est pleinement sur cette patiente, et puis après euh... comme tu dis, après c'est un patient qui est dans le flot des autres.., et où on essaye, et bien de revenir, d'être le mieux traitant possible... Et, et notamment aux urgences, là... on est maltraitants dans cette salle de transit, où tous les gens sont les uns à côté des autres... et où moi ça me gêne d'annoncer un diagnostic... à une patiente, devant 50 autres... qui regardent en disant « ah, c'est bon, on est à la télé, alors elle, elle a quoi aujourd'hui ? ». Voilà, enfin là on bafoue le secret médical... on bafoue les règles élémentaires de... d'intimité du patient..., où... voilà. Et que dans ces cas-là oui..., je suis bien moins traitante...

Intervenant : Pour vous est-ce qu'il y a d'autres situations, ou d'autres facteurs qui font que vous sentez moins bientraitants ?

A2 : Moi ça m'est arrivé une fois, où ce me suis senti..., je me suis senti pas bientraitant, principalement par manque de..., par manque de capacité en fait, de compétences. Et j'ai vraiment... on a tous nos limites dans tous dans ce qu'on sait... de ce qu'on sait faire, et tout ça

c'est... c'est normal mais… Mais quand ça interfère avec la santé du patient, là pour le coup c'est pas..., enfin je m'en suis vraiment voulu quoi. C'était pas… (silence) enfin, c'était pas bientraitant quoi. Or j'avais pas les clés sous la main à ce moment-là pour... pour faire mieux. (silence) Donc du coup, oui c'est vraiment, en plus de ce que t'as dit, parce que effectivement j'ai fait des gardes de 24 heures à Voiron, sur des dimanches, et bien c'est sûr que le patient qui arrive à 6h du matin parce qu'il n'arrive pas à dormir..., et bien on s'en occupe pas forcément comme on devrait. (silence). Et j'ai vu beaucoup de médecins, pour le coup..., pas forcément devant le patient, mais même quand on n'en discute derrière, c'est pas... c'est pas correct quoi… Et, dans... sur ce que t'as rajouté, ouais, c'est vraiment parfois le manque de compétences sur certaines choses, parce qu'on a tous nos limites, mais quand même c'est… Pour le coup ça c'est... (silence)

Intervenant : Et qu'est-ce qui s'était passé dans ta situation, la suite, la relation avec le patient, tout ça...

A2 : Et bien là, la dernière, la dernière en date, il n'y a pas eu forcément de suite..., c'était..., c'était avant-hier... Je me fais appeler par le service d'unité de soins intensifs de neurovasculaire pour un patient qui est agité.... Pas spécialement d'antécédent, pas forcément grand-chose, 87 ans... et donc du coup, je me dis, je vais quand même pas appeler le..., le médecin d'astreinte pour lui demander quel traitement je vais mettre... Je sais quels sont les traitements qui sont disponibles, je sais ce qui est possible et tout ça, donc je pense au Tercian. Du coup je regarde dans le Vidal, je me dis bah effectivement ça correspond vraiment à ce qu'avait le patient, qui était un délire un peu paranoïaque, et tout ça, posologie de 50 mg à 300 mg sans dépasser 100 mg chez la personne âgée. Je me dis très bien je vais commencer par 50mg. À tous les médecins à qui j'ai posé la question derrière m'ont fait « bah oui mais 50 mg, t'y es allé un petit peu fort mon coco !». C'était..., j'avais une limite de connaissances sur ce médicament, je suis allé voir une référence... et c'était pas inscrit dedans..., et j'ai quand même été maltraitant par la suite, parce que le patient il a eu, quand même, ça lui a pas vraiment été préjudiciable, mais il a été bien trop, bien trop sédaté par rapport à ce qui était nécessaire quoi. Et puis c'est vrai que dans les suites après, il s'est quand même compliqué... sur d'autres points hein, il avait une histoire compliquée, et puis pour le coup il était pas question..., il était pas question de faire de la réanimation ou quoi que ce soit mais... Bon après, je m'en voulais parce que du coup j'avais l'impression que ce que j'avais fait pouvais interférer avec les symptômes du patient et cacher quelque chose de plus grave, ou on se cacherait derrière le Tercian, on dira c'est toi qui a fait ça, c'est pas le patient, enfin... Ca implique quand même des choses derrière, qui sont quand même… Qui sont quand même pas terribles quoi… (silence)

Intervenant : Et du coup, enfin si tu as envie de répondre à cette question, mais le fait, enfin, le fait d'avoir fait une action en ayant quand même cherché, enfin, en ayant... on a l'impression quand tu racontes si cette histoire, que tu t'es bien concentré sur ta prise en charge puisque tu es allé chercher des références, tu as quand même bien réfléchi et tout ça, le fait d'avoir fait, une entre-guillemets erreur, ça pour toi c'est maltraitant ?

A2 : Le fait d'administrer un médicament aux mauvaises posologies à un patient, c'est maltraitant. L'erreur euh, c'est une erreur ou pas, c'est... enfin si généralement quand c'est une mauvaise posologie c'est une erreur, mais le fait de faire quelque chose qui est préjudiciable au patient..., pour moi c'est maltraitant. (silence) Et si on aurait pu faire mieux..., c'est qu'il y avait moyen d'être bientraitant. (silence)

Intervenant : Donc tu associes un peu, erreur médicale avec maltraitance ?

A2 : Euh, Je ne le voyais pas sous cet angle là mais oui, les erreurs médicales sont vraiment la source... enfin, le problème de maltraitance, c'est que... ça implique qu'on veut... sauf que pas toujours, pas faire attention à, pas faire attention au risque d'escarre chez un patient..., c'est de la maltraitance, pourtant ça peut être qu'un oubli. L'oubli c'est une erreur..., ce n'est pas une volonté. Il y a peu de personnes qui sont réellement maltraitantes à l'hôpital, si l'on entend ça uniquement par une volonté de faire mal (silence). Mais... mais par les erreurs, oui parfois on est maltraitants. (silence)

A1 : Enfin là, ce que tu veux dire c'est que tu as été..., tu as été négligent, tu aurais peut-être dû plus demander euh de l'aide, ou tu aurais dû te dire, bah je ne suis pas forcément très compétent là-dedans, je vais... poser la question euh, enfin je vais...

A2 : Oui c'est ce que je me suis dit, je suis pas très compétent là-dedans, je vais regarder dans le Vidal… Mais... bah oui en fait enfin ce qui me dérange le plus, c'est que j'ai fait entre guillemets un bon cheminement..., sauf qu'il en est résulté que... c'était toujours un peu trop pour le patient quoi...

A3 : Juste pour l'histoire, parce que... ça n'a rien à voir avoir... mais... alors faut que tu te dédouanes totalement..., déjà pourquoi toi en tant qu'interne de grande garde tu vas en USINV, petit 1...

A2 : Parce qu'ils m'appellent... Mais très bonne question...

A3 : Mais pourquoi toi, interne de grande garde tu vas en USINV, sur un patient qui ne relève pas euh... voilà...

A2 : C'est surtout qu'un patient qui était rentré le week-end, et qu'il était connu de... personne

A3 : Deux, pourquoi ce patient n'a pas été vu, d'accord... Et de trois, ta posologie de Tercian..., je pense qu'il en a plus d'un qui l'aurait mis à 50 mg..., donc euh... voilà...

A2 : Oui, je sais bien...

A3 : Et qu’une erreur n'est jamais le fait d'une personne, que toi tu t'es renseigné, tu t'es donné les moyens de..., voilà..., et que si tu reprends toute l'histoire, je pense, de ce patient, ce patient, voilà, encore une fois ce n'est pas toi qui aurait dû être appelé, c'est... Donc euh, voilà ça c'est le genre de chose qu'il faut signaler au niveau institutionnel. Et pas du tout pour toi, mais c'est parce que, en l'occurrence encore une fois ton Tercian, je pense que ce monsieur avait besoin de Tercian, et que... mais que c'est un enchaînement en fait, une erreur n'est jamais le fait d'une personne, et c'est le fait d'un enchaînement, donc il faut vraiment la reprendre dans la globalité, et que... c'est...

A2 : Je me culpabilise peu vis-à-vis de ça, puisque au final c'est pas ça qui a été le problème du patient, mais... quand on parle de maltraitance comme ça, ça me rappelle que j'ai donné... enfin... je me suis senti, effectivement quand on m'a dit que la dose, que la posologie était trop élevée..., je me suis senti un peu maltraitant pour ce patient qui n'avait pas besoin d'être dans cet, dans cet état-là, maintenant si jamais...., pour rejoindre ce que je disais..., j'avais eu la connaissance et la compétence, dans ce domaine, j'aurais pu faire mieux..., j'aurais pu être bientraitant. Donc c'était juste pour..., pour illustrer en fait, c'est pas forcément que, que je la vive mal cette situation, ce patient il a, il a très probablement une... une thrombose du tronc basilaire, enfin il avait des raisons de pas être bien aussi... (silence)

A3 : En tout cas toi tu t'es senti maltraitant sur ça, en fait ?

A2 : Hum... Quand on m'a dit effectivement « bah tu es allé un petit peu fort, c'est possible qu'il soit comme ça uniquement sur la dose », parce que derrière, après il a été inquiétant ce patient... Plus par rapport à sa pathologie qu'au Tercian mais on a fait valoir le fait que... bah le Tercian pouvait peut-être cacher un petit peu les trucs, et que j'aurais pu mettre une dose moins élevée... Et là je me suis senti maltraitant.

A3 : Et bah là moi, je trouve que la personne qui t'a dit ça est maltraitante... (rires). Voilà, moi je trouve que la personne qui t'a dit ça...

A2 : Elle l'a pas dit méchamment…

A3 : Mais en fait, alors, justement..., peut-être peu importe le ton qu'on emploie en fait, on peut être extrêmement maltraitant en ayant... un ton, parfaitement bienveillant, mais... mais il était maltraitant en fait. Il était maltraitant, hein, après... (silence)

A2 : C'est parti comme ça, et je donne que la conclusion, mais...

A3 : En tout cas c'est ce que t'en garde...

A2 : C'est ce que j'en garde en tout cas, oui…

A3 : C'est ce que t'en garde... Ça a été... parce que, en tant que sénior aussi parfois je pense qu'on est maltraitants avec nos internes... Et... ça s'applique aux patients... mais ça s'applique aussi à chacun d'entre nous... (silence)

A2 : C'est peut-être ça qu'ils voulaient dire par « usager » ... (silence)

A3 : Oui c'est vrai, c'est à celui qui l'utilise... (silence)

A1 : oui, c'est juste...

Intervenant : Est-ce que tu as pu en discuter avec... avec ce patient… ou... ?

A2 : Ah non, non ce patient, depuis il a jamais été en état de... là je ne sais pas comment il est aujourd'hui, mais il n'était pas en état de....

Intervenant : T'as vu sa famille, t'as pu... ?

A2 : C'était dimanche, et sa famille s'était pas déplacée, je l'ai pas croisée. Et puis d'ailleurs, sa famille a été appelée pendant la nuit pour la tenir au courant que le patient n'allait pas bien du tout. Mais... enfin c'est pas sur les 50 mg de Tercian pour le coup ! (rires). Donc, non ce patient, enfin il n'y a pas de... et puis je ressentais pas forcément le besoin. Là j'en parle ici parce que c'est..., parce que j'ai l'impression que ça rentrait dans le thème, mais ça m'a pas, ça m'a pas chagriné, ça m'a pas.... J'aurais pas eu besoin d'en... parler spécifiquement pour passer à autre chose. Mais, ça fait quand même du bien. (rires)

Intervenant : Pour toi c'est oui, l'erreur médicale pour toi, qui te fait dire que tu as été maltraitant...

A2 : ça dépend sur quoi elle est posée, mais... Globalement, enfin oui pour moi ça rentre dans la maltraitance. Enfin, apporter un soin qui n'est pas adapté à un patient, c'est de la maltraitance, quel qu'en soit la raison. Si ça résulte d'une erreur..., et bien... c'est la finalité qui fait que c'est nul, c'est de la maltraitance..., c'est pas forcément le chemin. On peut être... vouloir être très bientraitant et au final..., être, être très... très nocif pour un patient je pense..., notamment quand on veut faire trop de soins. (silence) Et c'est pas, c'est pas l'intention qu'on y met qui fait qu'on est maltraitant ou pas, je pense, c'est comment le patient le ressent, plus... Savoir s'adapter...

Intervenant : Mais après tu vois par exemple tout à l'heure, A3, elle disait que ce que le patient retient à la fin, c'est pas du tout le médical...

A2 : ça j'en ai tout à faire conscience

Intervenant : C'est pas du tout l'erreur ou ce qu'on a pu faire, c'est... peut-être autre chose...

A2: Quand elle a dit ça d'ailleurs, ça m'a fait penser à ce que j'avais dit à un collègue... parce que je me trouves pas forcément... encore à l'aise, enfin ça fait pas très longtemps que je suis en hospit', ça fait 2 semaines ½, 3 semaines ½ je sais plus... enfin bref ça fait vraiment pas longtemps, et je me trouve pas encore très... très bon, et pourtant j'ai des très bons retours des patients, ce qui m'a fait dire à mon... à mon cointerne que, au final, le patient il jugera la compétence d'un médecin, d'avantage sur sa communication et sur la relation qu'on a avec lui, que sur ses réelles compétences quoi. Donc c'est vraiment, ce qu'il retient, c'est... finalement la communication. (silence)

Intervenant : Et toi, A1 ?

A1: Euh... Bah moi je rejoins vraiment A3 sur ce qu'elle disait, euh le fait d'être pas disponible soi-même quoi... tout ce qui..., tout ce qui interfère, le manque de, le manque de temps, la fatigue... la faim... tout le..., tout le stress quoi, qu'on te met sur les épaules... Toute cette pression quoi... ça joue vachement, et puis euh... il y a aussi euh, enfin moi je rejoins vraiment aussi ce que tu dis A2, parce que parfois... on a l'impression que... il y a des patients, on les sent pas, (rires) et puis on se dit : « bon, il doit bien avoir ça..., de toute façon... il a rien... il est déjà venu hier, il est déjà venu avant-hier... pfff » Et..., et donc, t'as envie de... t'as envie de... tu, tu bâcles un peu la prise en charge, parce que..., parce que y'a tout qui me gonfle dans cette prise en charge quoi... T'as envie que, le problème disparaisse le plus rapidement possible, (rires) et puis euh, et puis euh, et donc euh, tu, tu vas vite quoi, t'essaies d'aller vite... Hum. Alors, ça s'est pas du tout satisfaisant, enfin c'est pas du tout satisfaisant, mais... parfois..., enfin non mais c'est pas du tout satisfaisant. Enfin voilà c'est le sentiment que j'ai eu parfois pour certains patients, qui sont... euh... qui sont comme ça..., et du coup j'ai pas eu du tout cette bienveillance-là derrière. Ouais... Même si j'ai le sentiment d'avoir fait..., enfin d'avoir fait, d'avoir fait vraiment le minimum quoi... De me dire : t'élimines le plus grave et puis...(silence) ça s'est... et euh, y'a aussi le fait de... de dire que..., parfois tu sais que t'as pas forcément de diagnostic... au final tu sais pas très bien... (silence) Tu... tu vas euh, enfin... le fait de, de pas savoir, c'est un peu ce que tu disais quoi, quand tu sais pas, et que tu fais quelque chose mais que t'es pas vraiment sûr, et puis euh, et du coup euh... ça te mets un peu en doute et... et euh... et... puis euh... tu laisses partir le patient mais t'as encore pas mal de petites questions derrière..., auxquelles t'as pas répondu, et au final pourquoi t'y as pas répondu, et c'est parce que euh, soit euh... enfin... ouais euh, peut-être à cause de ce..., la peur de pas avoir de réponse quoi... ouais, ouais... (silence). Et ça peut rejoindre un peu le..., enfin parce qu'on a envie d'avoir des réponses, d'être un peu, d'être euh... enfin les gens quand ils viennent nous voir ils ont des attentes, et on a envie de répondre à plein de choses, et donc le fait de se sentir... désemparés, on n'aime pas ça enfin..., je sais que j'aime pas ça, quand j'ai, j'ai envie de donner quelque chose..., enfin, enfin, de pas... de pas... avoir peur de décevoir un peu quoi... (silence). Ça peut être ça. Hum... C'est un peu de l'orgueil aussi... Mhh... (silence)

Intervenant : Et tu parlais tout à l'heure aussi, en fonction de, des… tu disais y'a certains patients aussi avec qui… t'as ce sentiment-là d'être…moins bientraitante… ?

A3 : Ouais, pourquoi avec eux qu'avec plus qu'avec d'autres… (silence). C'est pas tant sur les chroniques, ou… Enfin les chroniques qu'on peut avoir aux urgences, les patients qu'on connait bien… Non, pourquoi, est-ce qu'avec un patient…, ça passe moins qu'avec un autre euh, je pense c'est vraiment, c'est multifactoriel en fait…C'est pas…, c'est plein de facteurs en fait qui s'entrecoupent et qui font que bah avec ce patient là…, bah ça… Ça l'a pas fait quoi. Après je pense que par contre on peut rattraper à tout moment… : si des fois je me dis « ah bah là…, ou alors au début c'était bien, et puis après euh, j'ai pas expliqué pourquoi est-ce qu'il avait tel examen », et puis là, je me dis « ah bah mince, moi si j'étais à sa place effectivement, on m'emmène au scanner, je suis pas venue le voir, je lui ai pas donné les résultats… » Fin c'est… c'est pas très bientraitant quoi… Pourquoi je, j'ai pas pris le temps d'aller lui expliquer. Donc euh j'essaie de corriger, mais… je trouve qu'il faut aussi s'en… y'a des choses qui sont inconscientes, auxquelles, bon bah voilà, donc peut-être dans la communication, on peut faire mieux, mais y'a quand même des choses qui sont un peu inconscientes. Autant y'a des choses, je pense qu'il faut souvent se le rappeler, se redire…, et pas se laisser à la facilité, de dire « bon de toute façon il verra bien, ça va suivre son chemin, maintenant il est sur des rails le patient, et puis… » Non je pense qu'à chaque fois il faut reprendre un peu, et se dire « non mais là ça va pas ce que j'ai fait, faut, faut que je corrige le tir, faut que j'aille voir la personne… » (silence)

Intervenant : Ce qui fait une très bonne transition. L'avant dernière et 4e question : « quelles solutions trouvez-vous au quotidien dans les cas où la prise en charge est efficace mais non satisfaisante » C'est un peu ce que tu étais en train de commencer à nous dire…(silence) De rattraper la relation…

A3 : Ouais, ouais, bah c'est faire un arrêt sur image et puis dire « attends là, ça ne va pas, on va corriger ce qui va pas au maximum pour euh…, pour essayer que ça aille mieux. »

A2 : Je trouve qu'aux urgences, c'est un endroit qui est, c'est vraiment difficile. Parce que tout va très vite, et… sur les 6 mois que j'y ai fait, j'avoue que généralement, quand j'ai la tête dans le guidon, j'ai du mal à prendre le temps de respirer, pour voir que là ce n'était pas terrible et rattraper le bah, ma…, ma mauvaise communication, donc… je trouve que c'est vraiment…, enfin… j'ai vraiment trouvé ça difficile pour ça les urgences. (Silence)

A3 : Après…, je pense aussi que… ça s'acquière avec l'expérience, en fait…, on a les choses qu'il faut avoir techniquement pour le patient, bah faut avoir la bio, en fonction de sa bio on va demander tel examen, enfin ça s'est les choses techniques en fonction des diagnostics qu'on a dans la tête, parce que quand tu vois le patient tu te fais plein de diagnostics… Ça s'est le côté purement technique, et une fois que t'as passé ce côté technique, ou finalement…, et bien tu peux avoir un peu de temps pour euh, mais après tu peux pas l'avoir tout le temps hein, mais… mais où tu peux essayer de t'extraire un peu et, te dire bah attends, et finalement là… comment je me sens moi dans

ma journée, comment j'ai été par rapport à mes patients, qu'est-ce que ça donne. Mais des fois je te dis ça m'arrive, juste à la fin de ma journée, quand je me change, et je me dis euh… je vais rentrer chez moi mais…mais je me suis pas trouvée top quoi… Après, ça s'arrête là hein, quand je quitte la porte de l'hôpital, quand je rentre chez moi, c'est fini, je sais même plus quels patients j'ai vu dans la journée donc…, moi je suis très on-off… Mais… mais parfois, dans ma journée, ou après un patient…, je, je me fais la réflexion que c'était pas top, et du coup bah, soit tu retournes le voir, soit tu corriges…, tu peux corriger aussi tes mots, ton vocabulaire… Euh… Vis-à-vis du patient. Après moi c'est vrai que je peux parler très crument d'un patient à côté, ou… ou des urgences, ou… mais après je distingue vraiment les 2 choses en fait : ma relation avec le patient lui-même, et la relation en dehors. Après par contre, je… je me suis toujours astreinte, et ça depuis le début de mon internat, à jamais critiquer un patient ce pour quoi il vient, avant de l'avoir vu. Et ça, moi c'est tout le temps, tout le temps ça, même en SMUR, même… Je pars, je vais voir le patient, on fait le point, et après on verra. Euh, y'a des motifs, on se dit « ah bah mince ouais… ». Tu vois tu peux faire la réflexion « ah bah mince ouais, c'est drôle, pourquoi il vient là… ? » Mais par contre quand je rentre avec lui, jamais je le… je le met directement en lui disant euh… « c'est quoi ce motif de merde pour lequel vous venez quoi ? » Non, c'est pourquoi vous êtes là, on fait toute la consultation, et à la fin de la consultation si vraiment je vois que vraiment c'était pas un motif qui relevait d'une consultation aux urgences… plutôt que de leur dire « bah vous auriez pas dû venir ici », je leur dis « bah vous savez, vous auriez pu aller à la maison médicale, vous auriez pu voir votre médecin traitant… vous auriez pu faire autre chose… » mais je trouve ça important de toujours prendre le patient, ce pour quoi il vient. Ça reste quand même une démarche qui est compliquée de venir aux urgences, ou de venir chez un médecin, et donc bah « pourquoi vous venez », et après, bon si ça relevait pas, c'est à nous de répondre… mais en tout cas…, je trouve que vis-à-vis du patient, et tant qu'on l'a pas vu, il faut… il faut rester attentif… Apres par contre entre nous, entre soignants, je trouve qu'il y a aussi notre monde de soignants, euh, et qui n'interfère pas du tout et qui ne doit pas interférer avec la bientraitance du patient…, mais… parfois… c'est pas de la maltraitance que entre nous, de… parler de certaines choses… je pense que c'est le moment où on peut aller dire « on va aller piquer ce patient, on va le boxer, on va le déboxer » (rires), voilà, c'est…, peut-être qu'on arrivera complètement après à changer notre langage, ça s'est possible hein, mais aussi c'est un moment dont on a besoin pour justement, pour pouvoir retourner mieux avec les patients. (silence). Mais en tout cas la bientraitance, je pense qu'il faut que ce soit quelque chose de conscient en fait, c'est ça. Il faut qu'on… à un moment donné on reprenne conscience de notre prise en charge, et de ce qu'on fait… Pour avoir un recul dessus et puis du coup, pouvoir corriger, ou alors au contraire se dire « oh là là, je suis top on continue comme ça ! » (rires) (silence)

A1 : moi je trouve que… on disait que ce qui nous empêchait d'être bientraitants, c'était la fatigue et le stress, et du coup euh… je pense que ce qui est important c'est quand on… quand tu dis… justement qu'on prend conscience bah qu'on n'est pas bientraitants, et bah d'essayer de comprendre pourquoi, et… le… d'aller… contrer ça quoi. Si je suis pas bientraitant parce que je suis crevée, bah je prends une pause ; si je suis pas bientraitant parce que j'ai faim, je vais manger ; je vais me griller une clope ou je vais faire quoi que ce soit, mais je vais prendre soin de moi quoi…

A3 : ça c'est un monde idéal ! (rires)

A1 : Non mais tu prends deux minutes, tu vas prendre un verre d'eau, tu vas… fin voilà… déjà de prendre conscience que t'es pas… t'es pas bientraitant c'est déjà… euh… c'est déjà prendre du temps pour toi en fait. Je pense que c'est, c'est important. Ça prend, ça prend pas trop de temps, mais ça a vachement de, ça a vachement d'efficacité je trouve, au final. Parce que tu peux pas… si t'es pas en forme tu peux pas bien soigner quelqu'un, enfin moi ça me semble pas possible. Et, et à partir de là tu peux essayer de te centrer, de te centrer sur le patient. Comme tu disais, pour moi avant tout il faut, il faut prendre soin de soi quoi (rires). Je pense que…

A2 : Et ce que ça sous-tend derrière c'est que, être bientraitant c'est un effort. C'est pour ça aussi que derrière on a besoin de ces moments où on peut se lâcher, où on n'est pas obligés de rester… rester clean tout le temps quoi, quand on est entre nous, et bah, c'est tout, bah c'est comme ça on est plus avec le patient et on a plus de…, on a moins d'obligations, on est… on peut se permettre d'être soi-même. Etre bientraitant ça demande vraiment un effort, et… je sais pas, je trouve que c'est normal qu'on ait besoin aussi de relâcher un petit peu derrière. ET qu'on ait besoin de pauses, et que, on puisse pas être comme ça tout le temps… et que la fatigue ça joue dessus, et que… (silence)

Intervenant : Du coup, A2, tu disais qu'aux urgences c'était difficile de trouver, d'être, bah du coup d'arriver à prendre conscience, qu'on faisait pas toujours les choses bien du coup, comment ça se passe, dans un service ou, ou en médecine générale ?

A2 : Bah on a plus de temps pour se rattraper, plus de temps pour aller voir le patient, plus de temps pour se rendre compte que, effectivement, là c'était un petit peu limite… (silence) Je pense que le temps ça laisse des opportunités pour, pour rattraper quelque chose qui a été un peu bâclé. Quelque chose que j'avais absolument pas l'impression d'avoir aux urgences, du temps. J'en avais pour écouter le patient lors de l'interrogatoire et puis après… ce qui m'a fait, enfin parfois je me rendais même pas forcément compte, que j'ai pas forcément été bientraitant. Typiquement ça m'est déjà arrivé, et j'y pense que maintenant que tu le dis, d'envoyer des patients au scanner sans leur avoir donné les résultats de leur biologie…, je les ai vu passer dans le couloir et puis, et puis du coup oui, je leur ai pas expliqué les résultats, ils sont allés au scanner ils savent pas pourquoi… Sauf que ça m'est sorti que maintenant une fois que t'en parles, ça m'a pas du tout choqué sur le moment quoi. C'est… ouais non aux urgences j'avais énormément de mal par rapport à ça et puis c'est pour ça que j'aimais pas les urgences d'abord, c'est parce que j'avais l'impression de…, de crouler sous le travail, d'avoir absolument le temps pour rien et de tout faire vite et pas forcément bien. (silence). Mais…, enfin voilà, dans le service, je trouve que c'est différent, justement parce qu'on a le temps.

Intervenant : Et en cabinet c'est pareil ?

A2 : C'est…, c'est différent. Le patient revient. Quand on est en cabinet, et qu'on fait pas des remplacements, qu'on a ses patients, déjà le patient revient. C'est toujours possible de rattraper le coup sur des consultations futures. Même si c'est pas l'idéal. Après, je trouve que c'est plus difficile dans un cabinet qu'en service, mais c'est plus facile en cabinet qu'aux urgences. (silence)

Intervenant : Et à par ce facteur-là, le temps, qui permet de rattraper, est-ce que tu as d'autres…

A2 : Bah, faut déjà se poser la question… et chercher à avoir un petit peu d'honnêteté envers soi-même quand il y a quelque chose qui… dit, bah tiens là il y avait peut-être quelque chose ou… comme tu dis, quand on se rhabille et on se dit « c'était pas terrible aujourd'hui », bah y'en a qui pourraient se dire ça et puis… si on se pose pas la question plus loin on se rend pas compte du pourquoi, et on se prépare pas pour faire mieux la fois d'après. Donc peut-être que se poser la question, pas forcément pour… pour essayer de rectifier le tir là maintenant, mais au moins pour éviter que ça recommence, ça peut être une solution de prévention. (silence). Et, je sais pas si vous avez d'autres idées pour…rattraper les moments où on est maltraitants ou pas bientraitants avec…

A3 : j'aime bien ton idée de la prévention.

A2 : comment ?

A3 : j'aime bien ton idée de la prévention. (silence). Ouais, je trouve ça une bonne chose, pourquoi pas l'afficher dans un service… les règles de prévention…, pour une bientraitance à l'hôpital, enfin je sais pas, je trouve ça chouette. Comme un aide mémo, finalement on a plein d'aides mémo là, qui servent à rien, je trouve que celui-là… (rires) il pourrait être sympa quoi. Finalement ça commence par-là quoi…

A2 : Après le problème c'est que la liste elle est…

A3 : Tu crois ? Je suis pas sure…

A2 : Je pense que ça dépend vraiment de chacun, où est-ce qu'on en est…enfin… y'a des choses, à mon avis y'a des grands titres, mais… bon la bientraitance elle commence comme tu dis, de dire bonjour, se présenter… ça parait, ça parait simple mais c'est pas forcément quelque chose… enfin, sauf que mettre un mémo sans mettre ça, ça parait un non-sens. Mais je pense que ça doit être difficile de…de vraiment prendre justement… et puis même si on fait le mémo ça empêche pas derrière que, je pense que ce qui est le plus important c'est de se poser la question : pourquoi moi, aujourd'hui, là maintenant. Et… c'est plus un travail personnel parce que le mémo…, les gens l'assimileront peut-être mais on arrivera peut-être à mettre 10 trucs, alors qu'il y a des millions de trucs sur lesquels il faut être…, il faut faire attention. Moi je me rappelle sur un questionnaire sur l'évolution de la bientraitance qu'on nous a fait passer à Voiron…, euh… y'avait notamment tout un paragraphe sur la prévention des escarres : est-ce qu'on a fait attention, est-ce que… des choses comme ça. C'était plus, je pense, pour les infirmières, que ce…, que ce questionnaire avait été posé, vu les questions que c'était j'avais l'impression que c'était pas forcément pour les médecins mais plus pour les infirmières, mais c'est drôle comme y'a plein de trucs auxquels on pense pas forcément, qui font partie effectivement de la bientraitance, et c'est plein de petits détails au final, qui s'accumulent la bientraitance… C'est l'impression que j'en avais en tout cas, après avoir lu ce questionnaire. Et j'aurais du mal à faire une affiche pour le coup, avec juste quelques idées qui… même si ça permet d'y penser et à se poser des questions derrière.

A3 : Moi là je trouve qu'on est presque dans la bientraitance du soin, enfin, dans le sens du traitement quoi, est-ce que c'est un bon traitement. Là je trouve que depuis tout à l'heure on est plus dans la bientraitance… au niveau de notre parole, de notre gestuelle, et pas dans est ce que c'est le bon traitement, adapté. (silence)

A1 : On peut se dire aussi quel message… quel message tu veux laisser au patient au final… Comme si tu étais le messager de quelque chose (rires). Tu vas rentrer dans cette chambre-là, qu'est-ce que…, qu'est-ce qui… qu'est-ce que tu voudrais que cette consultation elle… elle devienne en fait quoi... Puisque, puisque souvent c'est toi qui la mène, enfin tu mènes une consultation, c'est toi qui sait…, c'est toi qui va…, qui va l'amener vers quelque part…, donc c'est à toi de trouver le bon chemin pour aller, pour aller… justement… de choisir le chemin de la bientraitance quoi. Qui rejoint celui de la bienveillance. (rires)

Intervenant : Et donc, en parlant de cette affiche, dernière question qui est : « que pensez-vous d'une obligation de bientraitance ? »

A2 : Qu'est-ce que tu entends par là… ? (rires)

A3 : vous avez choisi des mots forts là…

A2 : une obligation de moyen de quoi ?

Intervenant : c'est fait un peu exprès, c'est un peu la question choc… (rires)

A3 : c'est la question coup de poing, pour finir…

A2 : une obligation de bientraitance, bah c'est pas possible… Je pense, pour les raisons que t'avais dit, c'est que les problèmes sont tous… où est-ce qu'on arrête la bientraitance, à partir de quand on considère qu'on est dans la bientraitance ? Donc du coup qu'on peut s'arrêter là ? Sauf qu'il y a d'autres trucs derrière… ça rejoint ce que tu dis on peut toujours aller plus loin pour finir la prise en charge globale, et pour que le patient se sente… bien… et vraiment finir le dossier, qu'on soit dans une bientraitance…d'un patient dans sa globalité. Du coup, rendre obligatoire quelque chose qui est pas atteignable, ça parait un petit peu difficile… Même si… rendre l'obligation d'y tendre, parait plus… plus sage. (silence) Et encore… (silence)

A1 : Je sais pas, pour moi cette question elle a même pas lieu d'être quoi. (rires) Parce que tu te dis…, à l'inverse…, bah si t'es pas bientraitant…, est-ce que t'es malveillant, du coup ? Est-ce que tu es maltraitant… ? Enfin, ça existe pas…, tu peux pas être, enfin…. (silence) Est-ce qu'on peut pas dire justement… enfin c'est toujours le problème de… de toujours… : soit tu obliges quelqu'un à faire ça, soit tu dis au final, ne soyez pas, n'allez pas vers ce versant-là. Et je trouve que c'est plus facile de dire à quelqu'un : ne va pas vers quelque chose, d'interdire quelque chose, que de l'obliger à faire quelque chose. Parce que t'as beaucoup plus de libertés quand tu dis : ne va pas là, parce que t'as plein de, t'as plein d'autres chemins après pour aller vers…vers quelque chose d'autre quoi. Si on dit : ne fais pas ça, ne

fais pas ça, à ce moment-là, bah tu les fais pas et…, et au moins ça te donne des règles de…, de mal conduite qu'il faut éviter et à ce moment-là hop, tu vas vers quelque chose de, de mieux quoi. Pour moi ça a plus de sens de dire, de dire… de pas donner d'obligation mais justement de, de… contre…, enfin je sais pas comment tu dirais, de… d'interdiction de faire certaines choses. Ça pour moi ça aurait plus de sens. (silence)

Intervenant : Parce que pour toi, y'a plusieurs chemins de la bientraitance, c'est ça ?

A1 : Ouais. Oui parce que tu l'aperçois déjà par… par enfin ce que tu es, par toute ton expérience… professionnelle, humaine… donc t'as plein de manières d'être bientraitant, on va pas du tout avoir la même, le même exercice, et pourtant y'en aura pas… enfin ils seront pas comparables.

A2 : ça rejoint un petit peu ce que je disais tout à l'heure, que au final… c'est pas forcément l'intention qui compte, et puis ça, de toute façon, c'est pas, on peut rendre obliga… on peut pas obliger quelqu'un à avoir une intention… Au final c'est la finalité, sauf que… nous obliger à bien faire notre travail, c'est, enfin…je sais pas, c'est… (silence), je mélange un petit peu deux idées, c'est… l'obligation enfin… quand je parlais de… (silence) je sais plus ce que je disais tout à l'heure sur le fait, au final, c'est pas le chemin… on peut vouloir être bientraitant…, soi-même, du coup on est satisfaits de ce qu'on fait, sauf que le résultat est pas bon derrière. Et le patient a pas eu une impression de bientraitance. Donc la question c'est aussi : où est ce qu'on place la définition de la bientraitance : du point de vue du médecin et de ce qu'il fait, de son intention, auquel cas on a un risque de se planter, quand même derrière, mais d'un côté c'est plus… enfin… le médecin a encore emprise sur quelque chose. OU alors sur l'impression du patient, et auquel cas, c'est plus de la capacité du médecin… de pouvoir dire… enfin, ça sort de ses, de ses capacités. C'est-à-dire que lui il ne peut que vouloir faire bien…, mais derrière ça peut ne pas marcher. Donc du coup, c'est un peu… je sais pas je trouve qu'une obligation de bientraitance ça n'a pas vraiment de sens. (silence)

A3 : C'est… c'est impossible en fait. On peut pas…, on peut pas obliger quelque chose où y'a autant de facteurs humains. C'est que l'humain est au centre de la bientraitance en fait, que ce soit l'humain vis-à-vis du patient ou vis-à-vis du docteur, et donc on peut pas obliger avec quelque chose qui a autant de facteurs humains. C'est tellement, c'est tellement compliqué, c'est… donc euh on peut pas, on peut pas l'obliger en fait. Par contre, peut être essayer de réfléchir comment être bientraitant ? Réfléchir… comment essayer de créer un climat de bientraitance, en fait, c'est ça je pense qui est important. Euh, c'est pour ça que je dis que la prévention, je trouve ça bien en fait, je trouve que c'est une belle idée… Voilà, comment… et puis relever la tête en disant « bah tiens oui on parle de prévention de bientraitance, est ce que j'ai été bientraitant ? ». Mais obliger la bientraitance, c'est… c'est impossible, c'est deux termes qui… je crois qu'on l'a dit tous les 3, qui vont pas du tout l'un à côté de l'autre, en fait… (rires) Avec en plus l'obligation, et tout ce qu'il y a de, de justiciable, de judicaire derrière une obligation… qui est impossible dans une bientraitance. (silence)

A1 : tout à l'heure on disait que, que ça demandait…, que ça demandait un effort, enfin que je sais plus comment on disait, mais que c'était pas… ouais que ça demandait un effort d'être bientraitant. Enfin, je sais plus ce qu'on disait…

Intervenant : C'était investissement ?

A1 : Ouais, enfin que c'est…

A2 : C'est pas quelque chose de… pas forcément, pas spontané mais…

A1 : Spontané, ouais, ouais…

A2 : c'est quelque chose qui nécessite d'y payer attention.

A1 : Ouais, ouais. Oui c'est ça, mais du coup moi je me disais que… quand tu parles de climat, je trouve que quand t'es dans un climat hyper… bienfaisant, et bien euh, en fait, ça demande pas d'effort. Je trouve que c'est hyper simple, enfin c'est naturel, quand t'es dans les dispositions… Quand le matin t'arrives t'es tout frais, t'as passé une bonne nuit, t'es content d'aller au boulot, ça semble naturel enfin d'être… d'être bienfaisant, enfin d'être… de faire les choses bien quoi. De bien traiter les gens. Et…, du coup ouais ça nous demande vraiment pas d'effort… je pense que c'est, je pense que c'est vraiment le climat qui fait beaucoup de choses, tout le… toute cette disponibilité de… de cœur, enfin d'esprit, tout ce que tu veux…

Intervenant : Qu'est-ce qu'il y aurait d'autre dans ce climat ? A part soi-même, et sa propre condition bien sûr ? Est-ce qu'il y a d'autres choses qui rentrent dans le climat ?

A1 : Bah, euh, oui, toi ta disponibilité, et puis bah, tous les autres aussi, enfin tout ce que… (silence) Je pense que c'est avant tout, avant tout toi, parce que si t'es suffisamment ouvert, à ce moment-là les autres ils ont pas à, à interférer avec ton état d'esprit quoi. Au bout d'un moment, ils interfèrent, mais… mais justement c'est… (rires). J'aime bien l'idée du cercle vertueux quoi. Plus tu penses, enfin quand tu penses que… enfin quand t'es... ouais j'sais pas, quand t'es dans un esprit, un esprit qui est bien, bah… tu communiques ça aux autres, et puis les autres te le renvoient, et puis c'est… c'est vraiment un cercle vertueux. Et avant il faut déclencher le truc, et du coup ça crée… tout un état de… un état d'esprit quoi.

A2 : Si t'arrives à un endroit tu peux être super bien, t'as super bien envie, t'es content d'aller travailler, déjà faut avoir envie d'aller travailler, c'est-à-dire qu'il faut que les conditions soient bonnes : si t'arrives, que tout le monde râle…, personne n'est content… y'a encore des patients qu'est-ce qu'ils foutent là…, celui-ci il me fait chier… et puis petit à petit…, t'as beau être de bonne humeur ça te ronge… Le cercle vicieux il a aussi sa place !

A1 : Ouais, ça c'est clair. (silence)

Intervenant : Juste oui, tu parlais de ce que tu avais lu sur un questionnaire de bientraitance, et tu disais qu'ils parlaient des escarres et qu'il y avait d'autres choses qui t'avaient un peu… interpellées ?

A2 : Non ça m'avait interpellé, c'était juste qu'il y avait des questions aussi sur les soins très techniques, qui… qui concernaient pas le, qui concernaient pas le rôle du médecin dans la prise en charge et la bientraitance du patient mais qui concernaient les autres acteurs de la prise en charge. Et je trouvais qu'il y avait davantage de questions qui étaient tournées vers d'autres acteurs : les aides-soignantes et les infirmières principalement, que d'éléments qui étaient orientés vers… les médecins c'est tout. Y'avait rien qui m'avait interpellé, ou de questions qui m'avait choquées. (silence)

Intervenant : Et là c'était uniquement, qu'est-ce que vous faites dans telle situation ? Ou c'était plutôt un peu, un peu des directives… sur comment agir ?

A2 : ça, du coup, ça joue un petit peu les deux rôles, parce que quand on nous demande : est-ce que vous avez pensé à…, est ce que vous avez vérifié l'état… le risque d'escarre chez ce patient… si on nous pose la question, mais derrière c'est, y'a aussi la question que « pensez bien à vérifier l'état des escarres chez vos patients !», donc… même si c'est pas posé dans le sens de directives, et que c'était plus…, de savoir si on faisait les choses souvent, très souvent, parfois, jamais… Je crois que si je me souviens bien le questionnaire était proposé comme ça, euh…, derrière, quand on voyait qu'il y avait des choses on mettait pas souvent, ou… dans ce cas-là, ça jouait le rôle aussi de rappel de penser que la bientraitance passe aussi par ça. Et qu'il faut pas l'oublier quoi. Donc non je trouvais que ce questionnaire, même si c'était un questionnaire à la base, avait quand même un petit, si on se posait la question un minimum, avait un effet aussi de… d'inciter à se poser des questions sur les choses où j'aurais pas forcément penser à associer la bientraitance avec le fait de… m'assurer qu'un patient n'ait pas de… même si ça parait logique en y pensant derrière, j'aurais jamais pensé à associer les deux. (silence)

Intervenant : Et t'avais pas l'impression que c'était un peu comme…, ce qu'on disait là, des directives… un peu comme des obligations… ? tu l'as pas ressenti comme ça ? (silence)

A2 : Je l'avais pas ressenti comme des, comme des obligations parce que c'était pour faire un état des lieux de la situation… Et profiter de l'état des lieux pour faire des rappels sur ce qui est important, c'est pas… c'est pas apporter des obligations. Et…, interdire l'escarre à l'hôpital, et donc ce serait ça d'obliger à la bientraitance, ce serait d'interdire l'escarre à l'hôpital, ce serait… même si c'est très souhaitable, un peu difficile. (rires) (silence)

Intervenant : Est-ce que vous aviez quelque chose à dire, qui vous viendrait… au dernier moment ? (silence)

A3 : Vous pourriez remettre la définition ?

Intervenant : bien sûr. (silence)

A1 : j'aime bien l'idée du questionnement. Parce que au final c'est ce qu'on a fait là, pendant deux heures ce soir, c'est intéressant !

A3 : Où ça le questionnement ? Là, dans la définition ?

A1 : Là ils parlent de « quel nécessaire questionnement » (…)

Intervenant : Avez-vous quelque chose à rajouter ?

A3 : Non…

(Silence)

Entretien Collectif Numéro 2

Intervenant : On va vous projeter les définitions que l'on a choisies de la Bientraitance, ce qui permet de poser un cadre et de pouvoir s'affranchir de la recherche sémantique. Ce qui nous intéresse, c'est vraiment votre réalité quotidienne, et vos points de vue. Il n'y a que des bonnes réponses !

Selon l'encyclopédie Larousse : Ensemble des soins, des actes et des comportements exercés par l'entourage familial ou professionnel d'une personne et qui procurent un bien-être physique et psychique au bénéficiaire

Selon la HAS : « La bientraitance est une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'usager et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'usager, 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 patient, l'usager. Elle nécessite un questionnement tant individuel que collectif de la part des acteurs. »

Question 1 : A quelles situations cliniques ces définitions vous font –elles penser?

B1 : Pour moi c'est plus tout ce qui est entretien, quand on parle aux gens, parce que souvent je pense qu'on fait vite, parce qu'on est tous pressés, et c'est surtout ça que retiennent les patients, c'est les interactions que t'as avec eux, parce que, enfin, après le côté physique, on n'a pas forcément trop de mal plus souvent, c'est plus la façon d'annoncer des choses graves et des machins comme ça ou les gens peuvent se sentir un peu brusqués, genre la visite... c'est pas toujours facile.

B2 : Moi je vois plutôt ça tout au long de la journée quand un patient à des besoins, par exemple d'aller aux toilettes, de se déplacer, qu'on lui serve à manger, qu'il a soif etc. et que du fait de son autonomie qui est moindre pendant l'hospitalisation, et bien il peut pas répondre à ses besoins, et souvent, ça lui est refusé ou il a un temps d'attente long, euh, et... il se sent pas libre et bientraité pour promouvoir à ses besoins de base... enfin voilà, quand quelqu'un demande un urinal que ce soit aux urgences, un bassin, qu'on leur donne pas, ou qu'on l'accompagne aux toilettes, qu'on l'aide à marcher ou qu'il aime pas la nourriture, des petites demandes comme ça tout au long de la journée auxquelles on répond avec les moyens qu'on a et souvent ca convient pas toujours au patient, ça crée un peu d'animosité ou ils se sentent pas forcément respecté… ou sur l'habillement la blouse le machin ou des choses comme ça ... tout au long de la journée, ou nous on accepte la situation du fait de ... parce qu'on est dans un milieu hospitalier etc., mais c'est pas forcément un respect de la liberté des personnes comme ils disent, et de son bien-être physique et psychique quoi.. Il n'a pas accès à tout ce qu'il aurait besoin, envie, au moment où on le prive de beaucoup de choses quoi...

(7 secondes)

B3 : Moi ça rejoint un peu ce que tu disais, j'avoue que quand tu penses à la Bientraitance, tu penses à ce qu'on vit à l'hôpital, que t'as pas trop le temps, mais tous, pas que nous, donner un verre d'eau, s'occuper vraiment des gens, prendre le temps d'expliquer en prenant le temps, tu disais à la visite, oui c'est vrai que... enfin...on essaie de prendre le temps de leur expliquer mais on est obligé de euh aller un peu vite... souvent c'est un manque de temps, et on a peut-être pas le temps de satisfaire tous les besoins un peu primaires, le patient qui te demande d'aller aux toilettes et t'as pas toujours le temps, tu vas appeler quelqu'un d'autre ou euh... aux urgences c'est sûr que c'est encore pire... Et après ça se complique encore si t'as du mal à communiquer avec le patient, que il faut attendre la famille, que tu sais pas forcément ce qu'il veut, qu'il faut faire un petit peu des soins quand même en attendant, et tu sais pas trop s'il est d'accord ou pas s'il a du mal à communiquer, si il est pas tout à fait là non plus au niveau cognitif aussi... il y en a quand même pas mal... Et du coup des fois savoir est ce que ce qu'on fait c'est vraiment dans son intérêt, est ce que lui il avait vraiment envie que l'on fasse quelque chose... quand ils sont en EHPAD, qu'il viennent chez nous, les envoyer aux urgences sans forcément prévenir la famille, se poser la question de qu'est-ce que le patient voulait aussi... il y a tout ça qui rentre en compte ...c'est à ça que je pense en premier... ce qui me vient en premier c'est plutôt les personnes âgées ou.. Qu'ont pas vraiment la possibilité de faire elles même ou de dire ce qu'elles ont envie ou... Il y a des fois où on se dit qu'on ne fait peut-être pas très bien...qu'on a pas forcément le temps ou les possibilités de mieux faire …

(11 secondes)

Intervenant : Bon et du coup question 1 bis : Pouvez-vous évoquer ici une situation où vous vous êtes senti pleinement satisfait de la prise en charge, ou vous vous êtes senti « bien-traitant » ?

B2 : Là c'est plus difficile...

B1: Moi c'est plus des gens qui vont bien, que je vois à l'HDJ ou en consult, où tu t'affranchis de tous ces problèmes-là, ou t'as plus de temps, tu peux parler de leur maladies, tu peux répondre à leur questions, leur dire comment ça va se passer, le traitement, pourquoi comment, mais c'est vrai que c'est des gens qui vont bien, c'est vrai que dans les gens à l'hôpital, c'est pas les mêmes problématiques, ça pue, t'as un voisin qui gueule, même enfin c'est comme tu dis, tu es en couche parce que personne va t'apporter le bassin, tu te chies dessus, tu manges des trucs qui sentent pas bon et tout, t'es jamais satisfait d'une hospitalisation quoi... comme tu dis, moi je pèterais trop un câble...

Intervenant : OK et là, dans les patients que tu vois en consulte et en HDJ en ce moment, est ce qu'il y en a un ou tu t'es dit, Oh là c'est...

B1 : oui, parfois t'as le temps, tu réponds aux questions, t'as le temps de bien les écouter, qu'ils se sentent écoutés parce que ce n'est pas souvent le cas, pour répondre à leurs questions, leur dire comment ça va se passer, ...

On n'a pas toujours le temps....en plus le temps de les écouter, qu'ils se sentent écoutés, pas à regarder la montre, ou qu'il y ait les infirmières qui t'appellent alors que t'es en entretien avec des gens ou des familles, le voisin d'à côté qui parle ou des trucs comme ça quoi... t'es tout seul avec le patient, tu peux... c'est plus satisfaisant quoi...

B3 : C'est vrai que c'est ça qui manque, c'est vraiment le temps, la seule situation à laquelle je peux penser ou vraiment j'ai l'impression d'avoir pris le temps, c'est pour un patient qui était en fin de vie et qui ... ben déjà un peu grave, du coup en train de mourir et puis forcément du coup c'est grave donc tu prends plus le temps pour lui et tu mets un peu les autres à côté, tu prends plus le temps avec la famille, tu fais ça parce qu'il est plus grave et que ça va se terminer, qu'il faut quand même prendre le temps... au moins pour ça tu te dis que c'est une priorité par rapport peut être aux autres qui vont un peu moins mal... qui sont pas dans cette situation, mais j'ai l'impression de prendre le temps vraiment avec la famille, on les a vu plusieurs fois, et le patient, aussi l'écouter parce qu'on lui a fait des traitements et que il était en train de dire que... il en avait marre quoi... et euh... du coup dans ces moments-là t'as vraiment l'impression que... de prendre le temps pour tout le monde, d'écouter tout le monde, et de faire, euh un peu ce que les gens voulaient ... et puis pareil, comme il était pas bien et en train de mourir, on l'a mis dans un chambre seule, c'est important ce que t'as dit, la place... nous à l'UPU on a que des chambres doubles quasiment, on a 4 ou 5 chambres seules, et c'est vrai que quand les patients sont pas aussi graves, si on peut les mettre en chambre doubles on les met, et quand tu dois annoncer des trucs tu fais sortir la famille, mais tu peux pas faire sortir le patient d'à côté, et le patient d'à côté il entend tout, il y a des rideaux, enfin, c'est pas toujours top quoi... des fois il y a des choses tu te dis bon , ben, est-ce que je lui dis, est-ce que je lui dis pas, enfin est ce que tu fais vraiment les choses comme si il était en chambre seule pour lui, pour son bien être tout ça je sais pas ...c'est pas dit quoi...c'est vrai que c'est un peu... je sais pas si c'est triste mais on a donné tous ces moyens parce que le patient était en train de mourir quoi...

(8 secondes)

B2 : Moi je ne sais pas, je n'ai pas l'impression que quand je pense à des moments où j'ai l'impression d'avoir été bien traitant, c'est pas forcément des situations où j'ai plus le temps de me poser, mais c'est plutôt des situations ou n'a remercié et on m'a dit que j'avais été bientraitant, qu'ils étaient contents de la prise en charge, que je leur ai bien expliqué, ou que c'était la première fois qu'on leur expliquait ou que... il y a des fois, c'est souvent des problèmes médicaux très simples, je sais pas je pense par exemple les trucs ou t'a l'impression vraiment d'avoir été vraiment bientraitant, très bon dans ta prise en charge, c'est des trucs par exemple les pronations douloureuses en Pédiatrie, ou t'arrive, l'enfant à un problème il est pas bien, les parents sont hyper anxieux, il y a un seul problème, ça se règle de façon hyper simple, tu règles ton problème en faisant la manœuvre et 2 minutes après, tout le monde est content, tout le monde te remercie, t'as l'impression d'avoir fait du bon travail, et pourtant c'est quelque chose ou j'ai pas l'impression d'avoir pris plus le temps, d'avoir plus expliqué, c'est plus un problème mono pathologique simple etc.. Ou je pense que là c'est plus facile d'atteindre un niveau ou t'es content de ta prise en charge parce que c'est plus simple à prendre en charge quoi... Après euh dès que les problèmes sont plus compliqués, ça prend plus de temps et il y a plus de facteurs qui viennent s'intriquer, et forcément plus de mécontentement à différentes étapes de la prise en charge et euh il y a toujours un petit truc qui t'agace sur ce que tu as fait, ce que tu aurais pu faire... quand c'est simple, c'est vrai que ça va vite, des fois ça suffit à être content de toi-même et d'avoir l'impression d'être bientraitant.

B1: C'est vrai que souvent, quand les gens ils te remercient ce n'est pas là ou t'as l'impression d'avoir brillé ou d'avoir vraiment fait un truc de ouf quoi...

B2 : Dès fois c'est avec les problèmes les plus simples que tu t'en sors le plus vite et du coup ça expose à moins de risques de maltraitance quoi...

B1 : Parce que c'est inévitable...?

B2 : Ba, je ne sais pas, ouais...

B3 : Ba c'est sûr que tu es plus à risque si tu es poly pathologique, que tu prends du temps dans un endroit qui est déjà overbooké... C'est sûr que t'as peut-être plus de risques de maltraitance peut être au CHU et que tu es poly pathologique par rapport à une structure ou... enfin je sais pas s'il y a une structure ou ils ont vraiment le temps mais peut être quand même un personnel qui est moins à bout et qui en peut plus quoi, qui a trop de patients à gérer pour le temps qu'il a quoi ...

B2 : C'est vrai que comme tu disais, quand tu termines une consultation, une consultation de Médecine Générale ou ce genre de chose qui se passe bien et que tu es content d'avoir apporté des réponses au patient d'avoir eu du temps, de lui avoir bien expliqué ce qu'il a, son ordonnance, pourquoi on fait ci, ce qu'il risque etc.. et que le patient a compris, ou t'as l'impression en tout cas qu'il a compris, là t'as enfin moi j'ai le sentiment d'avoir fait bien mon travail, et d'avoir été bientraitant, mais et je trouve que c'est plus facile à atteindre ça dans des exercices de consultation courte, ou aussi les patients qui viennent en consultation ont des trucs moins graves et moins compliqués que des gens que tu rencontres à l'hôpital. Je pense que là j'arrive plus à atteindre ce sentiment, alors qu'à l'hôpital, j'ai... enfin pour moi d'être à l'hôpital en tant que patient c'est déjà aliénant sur tous les aspects, enfin c'est un milieu hostile sur tous les plans... bah ouais, on est toujours mieux d'être chez soi en bonne santé ... donc il y a peu de patients qui sont vraiment contents d'être à l'hôpital ou avec le sourire et tu te dis bah en fait il a trop la pêche, c'est trop cool, je vais me marrer avec lui enfin ça arrive rarement quoi...

RIRES

B2 : enfin un patient qu'a le sourire tu te sens, tu te sens plus à l'aise... je trouve que j'arrive mieux à communiquer sur le ton du rire et du sourire que avec de la profondeur, de la froideur, de la tristesse en parlant de choses difficiles là tu te sens tout de suite moins bientraitant alors que...

B3 : C'est vrai que quand tu parles de bientraitance, moi j'ai tout de suite pensé à l'hôpital parce que... je n'arrive pas... je n'ai pas tout de suite pensé à la ville...En plus dans la définition, il y a "en prévenant la maltraitance" et c'est un peu l'opposé et je ne sais pas moi j'ai tout de suite des images de l'hôpital qui me viennent, ou au moins d'institutions quoi...alors qu'au final, c'est vrai qu'en ville ça peut si tu ne prends pas le temps aussi, ça peut être une forme que tu ne sois pas bientraitant...Mais comme tu dis, en ville tu es quand même moins privé de ... tu es quand même... c'est toi qui fait quand même la démarche d'aller voir un professionnel de santé, tu es moins privé de tes libertés quand même...Enfin c'est vrai que bientraitance ça me fait penser au milieu hospitalier quoi...

B2 : Après, c'est vrai que typiquement, en ville ou en consultation, tu es le seul acteur, et donc tu es le seul responsable, et il y a beaucoup...

B3 : choses qui influencent…

B2 : de facteurs extrinsèques que tu ne contrôles pas qui influencent, et ... enfin tu vois entre ce que tu voudrais et ce qu'il se passe vraiment pour un patient quand tu n'en a qu'un seul et que tu es en consultation il y a un gouffre quoi, alors à l'hôpital entre ce que tu voudrais et ce qu'il se passe vraiment, il y a tellement de barrières, tellement d'échelles, tellement ... au niveau pour pouvoir communiquer, pour pouvoir articuler les soins avec chaque intervenant ... c'est juste, à chaque fois il y a un niveau ou ça va planter parce que t'as une personne qui est mal lunée, ou c'est pas le moment, ou t'as pas le temps, ou il y a d'autres choses à faire, et du coup, là tu t'exposes tout de suite à beaucoup plus de risque de maltraitance que quand tu es seul acteur. Et puis quand tu es seul acteur, t'as pas forcément de regard extérieur sur ce que tu vas faire, tu fais ton truc et donc tu es plus content de ce que tu fais que ...qu'à l'hôpital ou tu es confronté au regard des autres sur tes prises en charge et du coup aussi aux remarques, aux remises en question...

B3 : C'est sûr que ce n'est pas aussi ...

B2 : tu te remets moins en question quand tu es tout seul que...quand tu es plusieurs quoi...

B1 : Mais c'est difficile parce que je pense que tu peux faire des trucs qui sont dans la bientraitance sans que le patient soit très... enfin tu peux le bientraiter et qu'il ne soit pas très content d'être à l'hôpital. Ça n'empêche pas... Et à l'inverse aussi, tu peux être content de toi et être maltraitant sans le vouloir quoi...

B2 : c'est vrai que là, on ne parle que de notre point de vue mais au final, la bientraitance ce n'est pas à nous de la juger, c'est au patient quoi...

B1 : Et ils n'attendent pas la même chose que nous de l'hospitalisation ou...

B2 : non je ne pense pas... Et puis comme tu dis, il y a aussi la bientraitance vécue par le patient et aussi peut être par la famille... ou tu dis, si tu as résolu le problème, peut être que le patient n'était pas content de comment cela s'est passé à l'hôpital, mais tu l'as soigné, du coup peut être que la famille va te dire "merci, c'est génial ce que vous avez fait " et le patient à côté "non, j'ai pas du tout aimé"

RIRES

Enfin comme tu dis, je pense que c'est notre point de vue, leur point de vue, le point de vue de la famille, et après il y a encore tous les autres médicaux et paramédicaux qui rentrent en compte...

(Silence 8 secondes)

Intervenant : et tout à l'heure vous avez dit que, enfin tous les deux vous avez cité le fait que " quand le patient se sent écouté"... à quel signe vous avez pu le voir, le constater, ou l'imaginer?

B1 : alors ils sont assez contents, ils le disent quoi, par exemple il y a des gens, je sais pertinemment qu'on leur a expliqué leur machin, et ils vont te dire " on ne me l'a jamais expliqué", parce qu'ils ont besoin de temps médical, parce que je pense que c'est pas forcément facile à comprendre que le médecin il te voit 5 minutes dans la journée, et qu'après tu sais pas ce que tu fais quoi, t'attends dans un lit, branché à des perfusions autour, on t'emmène au scanner... je pense que c'est peut être rassurant pour eux, quand on leur explique et qu'on les écoute

B3 : je suis d'accord avec toi, ils te le disent quoi, même si tu n'as pas fait grand-chose quoi, à part les écouter... Je pense qu'ils ont ce sentiment là qu'on n'a pas le temps pour eux, qu'on ne prend pas le temps pour eux... Du coup, des fois de prendre 5 à 10 minutes, juste de les laisser parler, des fois sans leur couper la parole... enfin tu vois ce qu'on fait à l'hôpital quoi... enfin ils le disent, "merci"

(Silence 10 secondes)

Intervenant : quelque chose sur laquelle je voulais revenir, tu as dit ... " on peut être bientraitant sans que la personne ne soit très contente" est ce que tu peux juste expliquer ce à quoi tu pensais?

B1 : j'ai pas un truc précis en tête, mais j'imagine un mec, il est malade et il en a marre d'être malade et puis il vient à l'hôpital parce qu'il faut faire le bilan et puis on lui fait une ponction pleurale, des machins, des examens qui peuvent faire mal parce que c'est comme ça que ça se passe, il est pas forcément content, mais pas forcément maltraité non plus ... enfin je ne sais pas si la bientraitance implique le bonheur du patient non plus quoi...Il faut qu'il soit d'accord avec ce qu'on lui fasse, et qu'on lui fasse bien après je ne sais pas si cela veut forcément dire qu'il soit content ...

B3 : et peuvent ils peuvent même donner leur accord, enfin souvent on leur demande quand même, et ils peuvent dire non...mais ce n'est pas pour ça que c'est de la maltraitance ou que...

B2 : tu peux être en accord avec la prise en charge et comprendre ce qu'il t'arrive sans pour autant être content de ce que tu vis quoi...enfin, tu es malade, tu as des examens à passer, tu as des choses à endurer, c'est pas agréable, tu n'es pas content mais ça n'a pas été fait en maltraitant le patient quoi... même si on a fait bien les choses, avec son accord, en lui expliquant, et que lui donne son accord et qu'il comprend que cela va dans son sens, à la fin il peut avoir le sentiment d'être pas content, mais parce que il est pas content de sa pathologie, il est pas content de son état somatique, psychique qui en résulte, mais pour autant toi tu as fait probablement ce qu'il fallait faire, tu l'as fait bien mais il est pas content quoi, donc est ce que c'est vraiment le bonheur du patient qu'il faut prendre en compte je ne sais pas quoi... si on prenait ça en compte, je pense qu'on serait vraiment doué quoi parce qu'il y a pas grand monde qui sortira heureux de l'hôpital

RIRES

B2 : Enfin à part ceux qui sortent de la maternité ou de ce genre de trucs

RIRES

B3 : "j'étais content d'être hospitalisé"

Après c'est vrai que la définition dedans en plus ils mettent ses besoins, c'est pareil tu disais, des fois on n'a pas le temps pour ses besoins, et des fois on les respecte pas et c'est volontaire... on les met à jeûn, on les restreint sur la boisson, parce que ça fait partie d'une démarche thérapeutique... et en vrai ça on leur demande pas trop leur avis non plus...On les prive de leurs besoins, alors est ce que cela veut dire que l'on est maltraitant, on leur explique, mais …

B2 : En prenant en charge un patient, il y a forcément un moment où on va pouvoir passer par une privation de droits et de libertés, je ne sais pas à partir du moment où tu es hospitalisé, tu es privé de ta liberté de sortir de l'hôpital c'est aussi simple que ça … c'est la règle, à partir du moment où tu mets le pied à l'intérieur, et pourtant, on va essayer d'être bientraitant à l'intérieur...
Donc est-ce que juste de mettre le pied dans l'hôpital ça veut dire qu'on est maltraitant je ne suis pas sûr… Et puis vouloir centrer toujours la bientraitance sur l'avis et sur ce que veut le patient, c'est bien mais je ne suis pas sûr que ce soit ça non plus la bientraitance...
Bientraiter un patient qui ne veut pas être traité c'est justement savoir le convaincre, lui expliquer qu'il faut le traiter même si ça lui plait pas, lui expliquer les choses qu'il accepte et c'est bientraitant de lui avoir fait accepter d'être privé de ses droits et de ses libertés. Pour moi on traite bien un patient en acceptant qu'il parte au bloc, ou qu'il se fasse endormir alors qu'il refuse, enfin du point de vue du médecin, c'est notre devoir de bien le soigner et …

B3 : D'essayer de le convaincre au moins…

B1 : C'est assez rare que les gens refusent. Généralement, ils finissent toujours par être convaincus...

B2 : Après tu as des situations de refus de soin, mais c'est des refus de soin global et borné et là tu te casses les dents parce que c'est vraiment compliqué les patients qui refusent tout soins quoi et qui se retrouvent dans un circuit de soin voila

B1 : souvent ils partent quoi…

B2 : c'est vrai que c'est compliqué là, mais ce n'est pas la majeure partie des …

B3 : Après c'est vrai que t'as des gens qui refusent des soins tant que ça met pas leur vie en danger, et finalement ça finit par la mettre, et là, ils ont plus trop le choix et là ça devient un peu compliqué…

(Silence 11 secondes)

Question n°2 Quelle place cette notion occupe-t-elle dans votre pratique ?

B2 : Moi avant de me donner les définitions il y a un quart d'heure, je ne les connaissais pas du tout. Quand je lis les concepts, c'est … je les comprends, et je sais que j'essaie de les appliquer au jour le jour. Donc cette notion dans ma pratique de tous les jours, elle est … enfin, le

nom « Bientraitance » au-dessus de tout ce que je fais elle est inexistante parce que je ne pense pas à ça quand je fais ma pratique de tous les jours, mais je sais qu'elle est omniprésente parce que j'essaie de me projeter de ce que j'aimerais bien bénéficier quand je serai un patient et je fais tout en sorte pour que ce soit le cas… Elle est omniprésente de par notre fonction de médecin et on ne peut pas être médecin sans adhérer à ce genre de concept mais pour autant, je n'ai jamais mis de nom dessus et j'essaie de l'appliquer au jour le jour. C'est impliqué, c'est intriqué dans notre fonction de médecin je pense que … Enfin elle est omniprésente sans pour autant être labellisée avec un nom, des objectifs et des frontières quoi… J'exprime juste ma personne en tant que médecin, je fais ce qu'il me semble bon en tant que personne, humainement, et c'est comme ça que j'espère être bientraitant…

Silence 5 secondes

B3 : Moi c'est pareil, je ne connaissais pas les définitions avant tout à l'heure et c'est vrai que quand tu lis les définitions, tu te dis que… «Promouvoir », je ne sais pas si je promouvois mais en tout cas tu soignes en tant qu'humain quoi… Et je pense qu'on n'est pas les seuls en tant que patient à faire ça… Que respecter l'autre, essayer de l'écouter, essayer d'écouter ses besoins je pense qu'on essaie tous de le faire, après dire qu'on y arrive à chaque fois ... Mais on l'a en tête, on est un humain qui s'occupe d'un autre humain du coup forcément on ne peut pas s'empêcher de se dire, « si moi j'étais là, j'aimerais peut-être qu'on fasse ça pour moi ou que … »
On fait un petit peu tous les jours, et comme on est des humains, il y a des jours ou on le fait un petit peu moins, des jours ou on le fait un peu mieux…ça dépend comment on est, si on est fatigué, un petit peu énervé. Mais on essaie, on l'a toujours en tête… On ne peut pas soigner, enfin on est là pour s'occuper d'autres gens, donc à partir de là, on est obligé d'avoir en tête un peu leurs besoins, ce qui se passe, enfin les écouter ça fait un peu partie du travail…

B1 : oui, ce n'est pas juste prescrire de l'AUGMENTIN et...

RIRES

B3 : non !!! L'interrogatoire tu attends des réponses, donc tu les écoutes, forcément…

B1 : Moi c'est pareil enfin j'y réfléchis pas activement, mais j'essaie juste de m'occuper des gens, d'être humain avec mes patients, de respecter leurs droits, de faire comme j'aimerais qu'on traite mes parents ou moi si j'étais à l'hôpital… C'est vrai qu'il y a des situations ou on se dit « Putain, c'est un peu limite ce qu'il se passe » On essaie de faire au mieux quoi… que les gens se sentent impliqués dans la prise en charge de leur santé c'est important pour eux aussi, d'avoir l'impression d'en faire partie, qu'on les écoute et qu'ils ont leur mot à dire parce que c'est censé être ça…

Silence 11 secondes, RIRES

Question 3 : Dans quelles situations vous êtes-vous sentis moins bientraitant que ce que vous auriez voulu être ? Et quelles en sont les raisons

B3 : C'est aux urgences je pense que c'était le pire… Le pire de la maltraitance… Moi je trouvais que c'était le temps, et le flux de patients quoi… Il y a trop de monde !!! Comme tu disais tout à l'heure, sans parler de la prise en charge médicale, quand on te demande un verre d'eau, tu n'as déjà pas le temps d'en prendre un pour toi, ou d'aller faire pipi… Du coup tu n'as pas le temps, enfin tu essaies mais le temps que tu penses à aller chercher le verre d'eau, on t'a appelé pour autre chose et il y a un autre patient et… du coup, tu n'amèneras jamais le verre d'eau quoi…
Et tu te dis que c'est triste quoi…Aux urgences, il y a des gens qui n'ont pas à boire pendant des heures et des heures, qui ne vont pas aux toilettes…
Il n'y a pas que les soignants, il y a les patients…Et oui, c'est le temps, et le monde… et l'affluence de patients…

Silence 7 secondes

B2 : Moi je suis quand même assez d'accord sur les urgences quoi, c'est quand même les situations les plus à risque de maltraitance que tu côtoies. Des situations de stress, de flux continu avec des patients qui n'ont même pas de box, qui sont à poil, que tu examines au milieu des couloirs, qui traînent sur un brancard, qu'on appelle au fond par leur nom… Tu n'as aucune intimité, aucune pudeur, voilà tes besoins primaires manger, uriner, boire, aller à la selle c'est complètement… C'est vrai qu'on passe complètement au-dessus de tout le monde…Tu as beaucoup moins le temps pour un patient, pour le prendre et lui expliquer qu'on va lui faire un scanner, lui faire une prise de sang, qu'on va rechercher ci… Tu vas non plus pas le revoir quand tu as reçu les examens quoi, tu lui diras quand tu as trouvé la place d'hospit, mais entre-temps il s'est passé 6 ou 7H quoi…Entre temps tu l'as pas réévalué, tu n'es pas retourné le voir… enfin c'est vraiment… il est tout le temps dans l'inconnu, dans la demande… Et d'ailleurs, moi c'est là où j'ai vu les situations d'agressivité les plus marquées quoi, parce que je pense que c'est là ou t'es le plus maltraitant quoi… Alors il y a des patients qui sont exemplaires on va dire, qui arrivent vraiment à prendre sur eux, qui ne bronchent pas, qui attendent des heures et là tu te dis « c'est incroyable là ce que le patient est en train de faire, ça fait 5 heures qu'il attend, on ne sait même pas ce qu'on va lui faire, et on va pas lui trouver de place d'hospit… et il dit oui à tout, il est trop gentil, il est trop sage, il ose pas demander un verre d'eau, il ose pas dire qu'il a mal etc. » et à l'opposé, l'autre qui, ou justement cette maltraitance fait monter des tensions et un stress énorme, et ça s'exprime sous forme de situations d'agressivité, envers les soignants… Ca fait des situations qui sont plus compliquées à gérer, un fois que le mode agressif est enclenché mais… Je pense que ce n'est pas pour rien que c'est à cet endroit qu'on a les situations de tension les plus fréquentes, parce que c'est hyper aliénant de venir pour quelque chose d'urgent, d'attendre et de pas avoir de réponse et de pas savoir ce qu'on va faire de toi, et de pas comprendre… tout le temps… et d'attendre, et d'attendre, et d'attendre !!! Et même si en face tu vois d'autre malades qui ont l'air plus graves que toi, tu penses à toi parce que tu te sens pas bien quoi… Il y en a qui ont un seuil de tolérance énorme et d'autre pas du tout mais je pense qu'on est hyper maltraitant aux urgences…
La personne âgée qui attend 24H sur un brancard et qui arrive avec des escarres 24H après dans les services ce n'est juste pas normal !!!! On est juste maltraitant à partir du moment où on l'a mis dans un brancard quoi, c'est… il doit avoir un lit quoi, c'est la moindre des choses quoi ! Mais bon le système fait qu'on est obligé de pratiquer dans ces conditions, et même dans ces situations, on essaie d'être

bientraitant au maximum avec les éléments qu'on a, et ils sont très limités… aussi bien en termes de temps, qu'en facteur humain, qu'en terme de tout !
B1 : C'est vrai que c'est impressionnant les Urgences, quand tu as des grosses périodes d'afflux, les brancards sur tous les murs, que ça gueule… c'est que moi j'ai moins connu ça quoi…Pour moi du coup c'est plus les trucs de communication, je reviens sur les trucs de visite ou des annonces de maladie grave ou des machins comme ça, ou tu sais que tu es un peu pressé parce que tu as tes entrées, tes machins, tes courriers, tu as tes RCP… tu vas un peu vite avec les gens quoi…sur le plan médical je veux dire dans les services…c'est surtout ce qu'on fait quoi, essayer de parler aux gens puis après on fait des trucs, et il faut expliquer… enfin je pense que c'est plutôt des problèmes de communication…

B2 : Je ne sais pas… Genre moi aujourd'hui j'ai eu une situation où je me suis senti maltraité et maltraitant, et qui m'a vraiment retourné toute l'après-midi… J'ai eu une altercation avec une patiente qui est démente et qui a des troubles cognitifs assez modérés, mais qui est devenue agressive… Ce n'était pas ma patiente mais elle devait être dans une chambre seule et on l'a mise dans une chambre double pour X raisons… sauf que la voisine c'est une patiente mourante de qui on attend le décès depuis facilement 5 à 6 jours… Et donc forcément que ça a créé une tension énorme pour elle avec des anxiétés de mort incroyable, et donc forcément, elle est montée en tension, elle a cru voir la patiente morte et elle a voulu tout casser quoi !!! Je me suis senti maltraitant de A à Z parce que … déjà on l'a mis dans une chambre double avec une patiente qui devrait être en chambre seule, premier acte de maltraitance. Une patiente qui devient agressive avec moi donc… Agressive qui du fait de ses troubles n'entend pas le dialogue et est difficilement calmable par la parole etc., et qui veut vraiment tout casser, qui s'en est pris aux mains avec moi et qui… à partir du moment où tu as un patient face à toi et où tu es obligé de prendre tes mains pour le calmer, pour l'assoir, pour le contentionner tu te dis « Non mais ce n'est pas possible !!! Ce que je fais c'est mal !!! Et la situation face à laquelle je suis-je en veux pas la gérer, je voudrais que ce soit quelqu'un d'autre, je veux me barrer !!! Ce n'est pas moi ! Ça me retourne ! » Et pourtant, tu es face à ça, tu la gère, et après tu te mets à réfléchir… « Mais pourquoi elle est montée en tension comme ça ? » Et à tous les niveaux, tu retrouves des choses que tu aurais voulu remettre en question. Juste pourquoi elle est à l'hôpital etc…
Mais là tu vois, c'est des situations où tu te sens, enfin tu te dis il y a de la maltraitance à tous les niveaux… et pourtant on accepte, on gère la situation à partir du moment où il y a un vrai problème, ou tu te mets à tout casser, mais avant, en amont, on a fait avec les moyens du bord… Enfin voilà, cette patiente elle a été mise en chambre double parce qu'il y avait un autre décès à côté, qu'on avait besoin de libérer sa chambre seule… Enfin voilà quoi, c'est des problèmes logistiques inhérents au fait d'être à l'hôpital et oui, là on est hyper maltraitant mais on n'a probablement pas le choix quoi…et ça c'est douloureux quoi…
Enfin mettre sur une centenaire les mains pour la calmer quoi !!! Pour l'empêcher de me faire mordre, de me faire griffer, qu'elle s'attaque à l'autre patiente qui est en train de mourir et tout, tu te dis « Non mais qu'est-ce que je suis en train de faire quoi !!! C'est du cinéma là, enfin ce n'est pas possible quoi ! » Enfin moi je ne veux pas faire ça ! C'est pas ce pourquoi je fais mon métier … Je ne veux pas lever la main contre quelqu'un, je ne veux pas hausser la voix mais pourtant parfois tu es obligé d'arriver dans ces situations quoi…
Et ça, c'est aujourd'hui par hasard quoi, mais je pense qu'on a tous vécu des situations où tu te sens mal de laisser les choses arriver, mais c'est quand ça explose ou tu te dis « Mais enfin, qu'est-ce qu'il s'est passé ! »

B3 : C'est vrai que ça arrive, enfin pas souvent mais c'est vrai que ça arrive, et c'est au moment où ça explose tu te dis « Mais comment on en est arrivé là ! » C'est dans cette situation que tu te rends compte que tu as, qu'il y a toute une chaîne de choses qui étaient déjà de la maltraitance un petit peu à minima, et que ça a donné… Enfin toi tu en es venu aux mains, soit c'est …Ce qui arrive souvent en tout cas dans les services, enfin plus souvent c'est mettre des traitements pour sédater un peu les patients, parce que à côté, il y a un voisin qui est fragile, ou qu'il y a un voisin qui crie dans le couloir et que les patients qui ont des troubles cognitifs, ça les met en tension aussi l'ambiance générale quoi… Le nombre de patients qui ont des traitements hypnotiques, qui les ont pas chez eux… l'hôpital c'est bien connu, ce n'est pas un endroit pour dormir la nuit comme il faut !! Et encore, ça c'est les situations un peu posées, mais quand tu dois intervenir dans la nuit parce qu'il y a un patient qui est debout, et que des fois il n'est pas forcément agressif mais que l'équipe médicale ils ne sont pas beaucoup, ils ne peuvent pas gérer ça et gérer un autre patient qui ne va pas bien, du coup il faut… l'endormir on va dire…
Au début, tu essaies avec tes méthodes et puis c'est pareil toi tu es de garde, tu as déjà travaillé 18H et du coup finalement ça finit par un médicament quoi… et ça j'avoue qu'on n'a pas signé pour ça…

B2 : Là c'est souvent qu'on est obligé de passer par ces privations de liberté, enfin même les contentions etc… et tu sais que tu es maltraitant pour le patient mais sauf que à chaque fois, c'est pour une vision globale… en fait il n'est pas seul à l'hôpital

B3 : c'est pour les autres ouais…

B2 : pour les autres patients, pour l'équipe etc… Tu es obligé d'être maltraitant donc … Il y a l'institution qui t'oblige pour que ça puisse être viable, pour les autres… Pour être bientraitant pour les autres, tu es obligé d'être maltraitant pour un donc c'est… C'est difficile à accepter mais c'est monnaie courante ! Tous les soirs, toutes les nuits, enfin…

Silence 6 secondes

B3 : C'est sûr … c'est pour ça que moi ça me fait plus penser à l'hôpital à tout ça parce que tu es dans une structure, il y a d'autres gens, et tu ne peux pas gérer comme si tu étais tout seul avec ton patient en consult' ou… Là il faut penser aussi aux autres quoi… plutôt qu'à respecter la liberté d'un seul patient…

B2 : Et puis en plus ce genre de décisions, elles ne sont pas centrées sur le patient, enfin elles sont vraiment centrées sur les équipes paramédicales qui sont très demandeuses, mais c'est aussi de par leur métier quoi… qui leur oblige à devenir maltraitant aussi à leur niveau quoi… Mais toi, tu n'as pas envie de le faire… Tu le dis très bien, on te le demande, de le faire. Souvent c'est un patient que tu ne connais pas, dans le service, tu y vas et tu te dis c'est bon, on peut lui donner sa benzo, ou son machin …
Tu sais que ce n'est pas bien, mais on te le demande explicitement, et tu sais que voilà, on t'oblige à être maltraitant mais que ce n'est pas ton choix, mais que tu es obligé de le faire quoi…pour le système…

B1 : C'est vrai ça… toutes ces tensions avec ces benzo et ces neuroleptiques la nuit, pour les mecs qui gueulent… où tu n'es pas forcément convaincu qu'il faut vraiment les sédater mais …
Silence 4 secondes

B3 : C'est sûr que c'est pour le système et pour les équipes paramédicales… Après, elles ont toujours des arguments sur « Mais si il y a un autre patient qui ne va pas bien, et que nous on n'est pas là pour… »

B1 : Et qu'elles sont 2 pour 26…

B3 : En vrai comme tu dis, tu n'as jamais la preuve, tu n'étais pas là nuit d'avant, tu ne sais pas comment c'était… Mais tu comprends aussi que ce ne soit pas facile pour eux… Et comme tu dis, c'est plutôt un traitement pour les soignants que pour les patients… C'est plutôt pour la Bientraitance des soignants …

B2 : Et sinon d'autres situations qui me viennent à l'esprit, où tu as l'impression d'être maltraitant là c'est les passages en chambre d'isolement ou là franchement c'est juste inhumain quoi…tu te dis mais comment ça peut exister …
Mais en fait, en psychiatrie, il y a des patients qui relèvent de la chambre d'isolement, c'est leur pathologie. Mais là c'est horrible quoi, tu rentres dans les chambres de CI avec 3 mecs de la sécurité, tu n'oses pas approcher le patient, il a autant peur de toi que toi tu as peur de lui, ils ont un lit sans rien, un lit sans drap, pas de couverture, les chiottes ça ne ressemble à rien, tu n'as aucune intimité, tout le monde te vois sur une caméra dans le bureau médical H24… Personne ne peut te rendre visite, tu as beau hurler des heures à taper comme un malade, personne ne viendra… Alors là pour moi, c'est l'archétype de la privation de liberté quoi !!! Après parce que la pathologie souvent le nécessite, je ne dis pas mais…quand même, sur le concept, tu te dis pour en arriver là, c'est chaud, ne serait-ce que ça existe !!!
Franchement, tu rentres dans la chambre, tu as l'impression d'être en prison et c'est impossible de ne pas faire le parallèle entre les deux…
Et puis le mode d'entrée en prison par rapport au mode d'entrée en soin avec privation de liberté ce n'est pas tellement… enfin les deux sont un peu aberrants, avec plein de choses pas toujours très nettes, et toi tu n'as pas toujours le recul sur les certificats, sur la situation comment elle était vraiment, tu les signes parce qu'on te demande de les signer tout ça…
Enfin c'est un peu opaque quand même…

B3 : C'est sûr, surtout que je ne sais même pas s'il te faut un certificat d'hospitalisation pour aller en CI enfin…

B2 : Non, mais au moins, tous les renouvellements de certificats de soins à la demande d'un tiers etc., ceux-là, tu les signes mais tu n'es pas vraiment psychiatre, tu ne connais pas vraiment la situation, tu les signes parce qu'il faut…
Au final, il y a plein de fois où tu te poses la question « Est-ce que je ne suis pas en train d'enfermer quelqu'un qui n'a rien à faire là, qui est là pour d'autres raisons que des raisons psychiatriques… »

B3 : Après c'est aussi le problème de l'Urgence, au-delà du manque de personnel et de temps, c'est que tu as le facteur stress comme tu dis…
Stress des patients, parce que globalement il leur arrive quand même un truc aigu qui te met pas en confiance, tu ne sais pas ce qu'il se passe et on te donne pas forcément de réponses mais parce que on ne sait pas forcément …
Et stress du personnel parce qu'il faut réfléchir vite, qu'il faut faire attention… Tu as quand même plus peur de faire des erreurs dans le cadre de l'urgence que quand tu as le temps de réfléchir, de te poser…
Il y a du stress des deux côtés, et comme tu dis ça n'aide pas à se poser, à dire « on réfléchit, est ce que ce patient relève ou ne relève pas … » Quand il y a des violences physiques, du coup souvent c'est pressé aussi pour la protection des équipes et des patients soi-disant… On a tendance à mettre en CI d'abord, et à réfléchir à pourquoi on l'a fait après…

Intervenant : Et dans quel contexte vous mettiez en CI ?

B3 : Normalement c'est quand même un contexte psychiatrique aigu, avec des violences physiques envers soit le personnel soit envers des usagers enfin des patients… En tout cas, une situation qui n'est pas gérable soit dans un box, soit aux urgences quoi… Enfin moi c'est les seules applications que j'ai vues quoi globalement…

B2 : Oui, mais ce n'est pas toujours des motifs 100% psychiatriques quoi, c'est souvent des motifs addictos, ou parfois juste des motifs hétéro-agressivité … Enfin le patient qui monte en tension parce qu'on le prend pas en charge, parce que ça ne va pas assez vite, juste qui a un caractère un peu plus fort et qui pour s'affirmer, pour reporter l'attention sur lui va se retrouver à hurler et sauf qu'il va se retrouver face à des équipes paramédicales qui ne vont pas supporter qu'il hausse le ton… le ton va monter, le ton va monter, et voilà, appel sécurité, CI quoi, pendant 24H… Le mec n'a rien demandé quoi… Il était juste douloureux, beurré, ou pas beurré…
Enfin tu vois, c'est vraiment des situations où tu te dis le mec se monte la tête tout seul et finit en CI quoi… Après les situations psychiatriques relèvent logiquement de la CI mais bon des fois, c'est un peu intermédiaire…

B3 : C'est vrai que c'est arrivé souvent que ce soit transitoire et qu'après les mecs ressortent parce que … Enfin ça ne relevait peut-être pas de… Je pense que ça n'a rien à voir avec les chambres d'isolement en psychiatrie mais …

B2 : C'est un peu un fourre-tout dès qu'il y a un patient qui pourrait enrayer le calme du PU, qui pourrait faire monter la tension… et c'est comme d'habitude, pour le bien être des équipes et des autres patients, et bien on le met à part quoi…
On est maltraitant pour être bientraitant pour les autres quoi…

Silence 10 secondes

Intervenant : Moi je voulais revenir sur cet exemple dont tu as parlé tout à l'heure, sur cette patiente qui avait été toute agitée, tu as dit que tu t'étais senti et maltraitant, et maltraité… Après, tu as beaucoup développé le côté maltraitant, et quand tu dis « je me suis senti maltraité », ça veut dire quoi ?

B2 : Euh… Tu vois, quand tu vas au boulot et que tu y vas parce que tu aimes bien ça, tu t'attends pas à te prendre des coups, et des insultes, et des agressions, et euh quand ça en arrive là et qu'en plus c'est injustifié complètement, ça te fait méga mal au cœur quoi…

Tu as l'impression d'avoir mal fait ton travail encore plus, tu vois pour avoir mérité des coups, ça veut dire que tu n'as pas réussi à désamorcer la situation en amont, et que… Tu n'as pas été bon dans ta prise en charge quoi… Donc tu te remets vachement en question, mais c'est hyper dur d'accepter de recevoir des coups sur ton lieu de travail… Enfin moi je ne sais pas mais…
Jamais je ne mettrais un coup à qui que ce soit, alors en recevoir dans le cadre de ton travail alors que tu essaies de le faire bien c'est insupportable quoi …
Après il y a les coups physiques, mais il y a quand même souvent des altercations orales avec des patients, ou les familles qui ne sont pas contentes etc… Et là pareil, tu te dis « Je ne vais pas au boulot pour me faire engueuler quoi !» Les gens sont agressifs, ils sont hyper demandeurs, et tout ça, j'ai beau prendre mon temps, mon mal en patience, au bout d'un moment, tu satures et tu n'as plus envie de communiquer quoi… Tu te fermes à la communication quoi… Et après, tu n'as pas trop d'alternative quoi… Des fois, tu as un très bon senior qui veut bien désamorcer la situation ou des cadres ou des choses comme ça, mais souvent… ce n'est pas toujours le cas quoi…
Tu t'en es pris plein la gueule et puis tant pis pour toi quoi…

B1 : Ouais… Et puis tu es pas mal maltraité par l'Institution quoi, c'est la faute de personne quoi… c'est vrai que tu es dans un milieu, c'est un peu pesant, où tu vois plein de trucs qui te pèsent mais bon voilà, c'est comme ça, on n'a pas le temps, pas le machin… C'est dur aussi d'en arriver là… C'est assez régulier…Tu te prends pas des coups souvent, enfin j'espère…

RIRES

B2 : Non non non !!!

B1 : Mais de voir des gens où tu te dis « Pff, quand même… », On les abandonne sur le brancard, tout le monde s'en fout, enfin des trucs sur plein de plans ou c'est limite parce que c'est comme ça à l'hôpital, enfin c'est pesant aussi quoi !!!

B3 : Surtout que comme tu dis, on devient aussi maltraitants entre nous quoi… parce que tous ceux qui sont là, enfin tes séniors qui pourraient bien te venir en aide, peut-être qu'ils sont un peu maltraités, et du coup, ils deviennent un peu maltraitants aussi…
Ils en peuvent plus forcément de ces situations et donc ils ne viennent pas forcément sur une énième situation, ils te laissent un peu, comme tu dis…
Et je pense que ça s'auto-entretient un peu aussi… Et c'est ça le piège, d'essayer de sortir du cercle vicieux un peu, essayer nous-même de pas reporter ça sur les patients après quoi, ou sur les autres soignants…

Silence

B2: C'est vrai que déjà entre nous médecins, ou même avec les paramédicaux, on n'est pas franchement tout le temps bientraitants entre nous quoi, enfin … Le poids de la hiérarchie, le chef « moi ce n'était pas comme ça quand j'étais jeune, on bossait comme des fous… »
Et bien pour toi c'est pareil quoi, tu ne comptes pas tes heures, enfin je suis désolé, on fait partie du même corps de métier, on est là pour le même objectif etc., pour moi ce ne sont pas des comportements bientraitants…
Et même au-delà de ça, entre les services, entre les prises en charge… Enfin quand tu vois la prise en charge d'un médecin généraliste, ou d'un avis, ou d'un compte rendu de n'importe quoi … Quand tu vas mettre les yeux dans la prise en charge, on est souvent dans la défiance et la critique plutôt que dans la compréhension et la bienveillance entre nous quoi… Donc déjà, on n'est pas… Et puis après, au sein des équipes, paramédicaux etc., on n'est pas toujours les coudes serrés, à se soutenir dans les situations difficiles quoi… On critique vachement aussi, « je lui ai demandé de faire ça, elle l'a pas fait ! », « non mais tu as vu ce qu'il me demande de faire… »… Des choses comme ça qui sont assez fréquentes…
Déjà entre nous, on n'est pas très bon en bientraitance, on se critique tout le temps, on est franchement les premiers râleurs du monde, enfin il faut se le dire quoi…

RIRES

B1 : C'est vrai…

RIRES

Silence 10 secondes

Intervenant : Vous avez d'autres choses à rajouter ?

B1 : C'est vrai qu'on revient souvent à « pas de temps et pas de moyens » mais c'est vrai qu'il y a aussi un truc c'est que pour toutes ces notions, on n'est pas du tout sensibilisé, on a aucune formation… Je suis sûr qu'il y a peut-être des trucs un peu… Enfin tu vois, les situations de tension aux urgences tout ça, personne t'as jamais appris si il y avait des trucs à ne surtout pas faire, du langage corporel, des trucs à pas dire, enfin que ce soit ça … C'est jamais jamais abordé quoi… C'est un peu dommage…

B3 : Même comme tu dis, s'en prendre un peu plein la tête, ça nous arrive déjà u peu depuis l'externat, tu vois, des situations où clairement, quand tu es hors hôpital tu ne peux pas t'imaginer ces situations là et au début, je pense que ça te choque un petit peu et ça je pense que ça aide pas non plus à être de plus en plus bienveillant et bientraitant …
Je pense que comme tu dis, c'est aussi peut-être d'en parler, de débriefer, d'être plus préparé à des trucs basiques, ce n'est pas toujours facile d'être … à enseigner là-dessus mais il y a peut-être des attitudes, des comportements, dans le langage et la communication… en parler entre nous, se soutenir entre nous déjà comme tu dis…
Ça devrait aussi être des choses sur lesquelles on communique, on nous enseigne…
Ça parait bête mais c'est vrai que de se dire déjà que se respecter l'un l'autre c'est déjà… ça peut être une première étape… c'est pas mal de le rappeler des fois…

B2 : C'est vrai que toutes les situations où on a été maltraitant qu'on peut citer là, moi je pense que je n'ai jamais débriefé avec qui que ce soit de ces situations quoi… Ça reste pour moi, là on en parle mais c'est rare, à part avec tes potes, tes collègues, tes proches, et encore, pas à chaque fois, de temps en temps… On ne se pose jamais pour réfléchir, pour discuter, pour désamorcer des situations à plusieurs, aussi bien dans le corps médical que avec toutes les équipes ensemble quoi…
Ça mériterait que pour ce genre de situations, on ait au moins 3 mots pour l'un ou pour l'autre et qu'on se soutienne et surtout qu'on réfléchisse à chaque fois à ce qu'on a mal fait, ce qu'on aurait pu mieux faire, ce qu'on pourrait améliorer etc… Et ça, ce n'est jamais jamais !! La remise en question elle est au fond de toi et c'est tout ! Ça se partage pas c'est…

B3 : C'est peut-être en train de changer un peu là. A la base, ce n'est pas totalement fait pour ça, mais en médecine générale, dans notre cursus, on a les groupes pour débriefer un peu tous entre nous, alors normalement, à la base, c'est du débriefing médical, mais ça s'est beaucoup transformé en débriefing personnel quoi… Normalement, on est censé prendre un cas, essayer de le débriefer ce que l'on a fait, que les autres interagissent… Ça se transforme quand même beaucoup en « Moi j'ai fait ça, je l'ai mal vécu » ou « j'ai fait ça pas bien » et on débriefe sur ça, parce que je pense qu'on en a besoin et comme on n'a pas trop la possibilité de le faire autrement… C'est peut-être en train de changer un petit peu aussi je pense, les mentalités comme tu dis…
Avant nos ancêtres (RIRES) nos anciens ils n'avaient pas grand-chose pour ça, et peut être qu'ils sont en train de se rendre compte que ça aurait été pas mal de pouvoir nous même déjà être bientraitants, formés à ça avant de pouvoir l'appliquer sur les patients…
Comme tu dis, il faut qu'il y ait des situations un peu dramatiques pour que cela se passe … C'est toujours pareil…
Moi quand j'étais en premier semestre aussi, il y avait la psychologue du service aussi… Il a fallu qu'il y ait un interne qui n'aille pas très bien pour qu'elle ait voulu nous demander si on voulait débriefer sur les cas, sur des patients, s'il y avait des choses difficiles… Je pense que ça peut bouger…

B2 : Après, les groupes Balint, ça date des années 80 et il n'y a personne qui participe, c'est même pas du tout appliqué dans les CH en général… Les groupes de pairs entre les médecins généralistes, encore, ça existe, mais je pense que ça dépend un peu des groupes différents, mais souvent, c'est souvent plus du médical pur, avec des petits topos, des petites formations, ils sont quand même assez solitaires ces médecins libéraux… et ils ne débriefent pas toujours de leur situations compliquées …
Et nous, au sein de l'hôpital, pareil, quand tu regardes dans les autres corps de métiers qui voient des patients, les milieux associatifs, les milieux où ils procurent de l'aide humaine, de l'aide sociale, il y a tout le temps des temps accordés pour débriefer, avec soit un superviseur soit … Et c'est obligatoire ! Et chaque personne elle a un temps pour parler de ça…
Mais nous, avec notre esprit de « on est les médecins, les supers puissants, on est les meilleurs » on n'a pas besoin de se remettre en question, de toute façon, qu'est-ce qu'on dirait ?
Je ne sais pas, ce n'est pas du tout dans notre culture de nous ouvrir et … mais je pense que c'est essentiel quoi… On ne parle qu'entre internes, et encore… avec tes co-internes, tu râles beaucoup dans le bureau sur tout ce qu'il se passe et puis c'est tout…

RIRES

B2 : Ça ne débouche pas sur grand-chose de plus constructif, mais on râle…

B3 : Non mais c'est sûr…

B2 : Et si on râle, c'est qu'il y a bien quelque chose qui nous tracasse…

B1 : Ouais…

B3 : Et c'est dur peut-être à organiser aussi en pratique … Comme tu dis, il faudrait que ce soit … pas que entre le même corps de métier, il faudrait que ce soit un peu pluri professionnel, que ce soit organisé… Et on en revient à la problématique du temps…
Mais quand même, je pense que maintenant, on arrive à reconnaitre qu'on en aurait besoin … On n'est pas encore au point du « on va le faire ! », mais on arrive à quand même « peut être qu'on aurait besoin de discuter, de s'aider, de se faire aider… Peut-être qu'il y a quand même un problème » Et ça je pense que ce n'était pas le cas avant… Et puis l'étape d'après, oui, c'est de le faire… Peut-être dans trente ou quarante ans…

B2 : Mais c'est vrai que dans les services, des temps ou les soignants se réunissent, il y en a plein, mais c'est vraiment pour parler de la patiente, des prises en charges, des entrées sorties, de la qualité, des machins comme ça donc euh…

RIRES

B2 : Enfin les cours, les trucs comme ça, mais pas sûr que c'est… Qu'il n'y a que ça qui serait nécessaire ! Peut-être diminuer ce temps, qui est super chronophage et qui est chiant, et où ça apporte pas grand-chose je pense vraiment pour la prise en charge, et prendre vraiment des temps pour discuter des problèmes des patients… Plutôt que de parler de tous, vraiment tous les patients, même de ceux qui vont bien, on s'en fiche !
Analyser les situations, c'est quand même ça qui permet de débloquer les situations et d'avoir avancé, et de se sentir plus en accord avec ce que tu as fait quoi…

B3 : Après c'est plus facile de parler du médical, de parler de tout ce qui va bien que de parler de ce qui ne va pas bien et de ce que l'on ressent…surtout à plusieurs, je pense qu'on a encore un peu du mal… Et puis on est tout puissant comme tu dis, pas le droit de ne pas aller bien…

B2 : Bah oui…
Après, c'est vrai que là, tu vois on parlait de notre sensibilité, d'être maltraitant etc. et je repensais que quand même, on est une profession où il y a quand même un taux de suicide élevé… Alors est ce qu'il n'y a pas une part un peu de ça là-dedans ? De gens qui ne se sentent pas à la hauteur, maltraitant ? Pas heureux dans leurs baskets ?

Je ne sais pas, il faudrait peut-être… ça mériterait d'être analysé et d'être discuté, mais c'est vrai que c'est quelque chose qui existe, dont on ne parle pas mais … On n'est pas tous heureux dans notre boulot alors qu'on devrait l'être parce que c'est le boulot le plus beau du monde…

B1 : Ah non, ça ce n'est pas trop dans la culture, surtout les vieux médecins… Je ne sais pas si tu te souviens, on avait reçu un mail… le taux de dépression des internes machins… et puis tu as le chef qui passe et qui fait « mais c'est quoi ces conneries putain, de mon temps » …

RIRE

B1 : Tu vois, tu sens que tu ne peux pas montrer de signes de faiblesse à l'hôpital… Et c'est perçu comme ça, alors que …

RIRES
Silence 10 secondes

4°) Quelles solutions trouvez-vous au quotidien quand la prise en charge est efficace mais non satisfaisante ?

B3 : Sur le plan de la bientraitance tu veux dire ?

Intervenant : Oui

B1 : En gros efficace médicalement, mais pas satisfaisant en global quoi…

B3 : Peut-être ce qu'on disait un peu avant, d'en parler vis-à-vis des uns et des autres, après il y a des fois ou tu peux essayer de modifier un peu aussi à posteriori, je ne sais pas rappeler la famille, rappeler le patient, rappeler les médecins qui le suivent pour essayer de … faire ce qui soit le plus satisfaisant, ou te dire que tu ne referas pas pareil la prochaine fois…
Donc tu expliques ce qui ne t'a pas satisfait, pourquoi, ce qui ne s'est pas fait, ce qui a fait que ce n'était pas bien…

B2 : Je pense que les solutions, c'est d'en parler… Enfin c'est vraiment… Après à qui ? Pourquoi ? Au final, il ne faut pas rentrer avec ça chez soi, et gros sur la tête, parce qu'après on finit malheureux quoi…
Mais en parler, je pense que c'est obligatoire… alors à un collègue vite fait en buvant un café, autour de réunions d'équipe, ou en multipliant les contacts avec les différents intervenants, la famille, le médecin traitant etc… En impliquant tout le monde…
Je pense que oui, parler, c'est obligatoire… Et après, forcément, en sortiront des…Déjà le fait de parler c'est ça apaise quoi… ça fait du bien de parler, c'est le principe de la psychothérapie… Et puis après, au-delà de ça, ça peut ouvrir des débats, trouver des solutions, que toi tout seul tu ne trouveras pas parce que tu es dans ton truc, tu es bloqué, que il te faut des regards extérieurs pour trouver des conseils, te rassurer…
Alors, des fois, je sais que souvent les situations comme ça et tout, quand on donne des conseils, souvent tu trouves que ce n'est pas approprié, ou que tu n'es pas content de ce que l'on t'apporte, mais je trouve que c'est quand même important d'entendre ce que les autres ont à dire, ce qu'ils auraient fait à ta place, ou qu'ils te disent que tu as bien fait aussi quoi… c'est important d'entendre ça aussi quoi… Mais oui, parler, parler, parler… ce qu'on ne fait pas du tout quoi…

RIRES

B2 : Ou pas assez ! On le fait quand même un peu quoi…

Silence 7 secondes

B3 : C'est sûr que c'est un peu l'étape clé, si tu veux un peu au moins te débloquer, te poser réfléchir aux conseils qu'on t'a donné, est ce que tu feras pareil, pas pareil… Enfin pour avancer quoi… ne serait-ce que pour avancer…
Sinon on ne peut pas… Tu restes dans ta situation en te disant que ce n'était pas bien et voilà, tu restes sur ça et ça ne sert pas à grand-chose et toi ça te met pas bien, comme tu dis, « malheureux » …

B2 : Après on peut dire que les situations elles sont souvent non satisfaisantes, comme on dit, par le fait que le système de santé et le système hospitalier, il fonctionne de la telle sorte mais tu vois, on ne peut pas à chaque …
Enfin c'est trop dur de vouloir tout changer le système… On ne peut pas changer le fonctionnement des urgences, on ne peut pas changer le fonctionnement du travail des paramédicaux, on ne peut pas changer notre emploi du temps, nos effectifs, et ils sont comme ça…
Et oui, le temps limité en consultation à cause du prix, enfin tu vois, des milliards de facteurs qui feraient qu'on serait peut-être plus bientraitant… Si on avait plus le temps, plus les capacités humaines…
Le fait d'être reposé, de travailler moins, de moins enchaîner les heures, d'être plus à l'écoute, d'être mieux formé… mais alors là c'est vraiment… Il faut tout tout tout changer… et c'est difficile de vouloir tout changer quoi…
Il faut partir de à partir du moment où tu mets ta blouse, où tu ouvres ton cabinet de consultation, tu acceptes le système, parce que tu en profites, et du coup, le système est aliénant à tous les niveaux mais quand même il fait des belles choses et il faut l'accepter quoi…
On peut changer des petites choses mais vouloir tout changer le système c'est compliqué quoi…

B3 : Oui tu ne peux pas tout changer, mais tu peux quand même changer des petites choses quoi, comme tu disais, enfin juste d'en parler, ça c'est quand même faisable quoi… D'en parler entre nous, de sensibiliser peut-être plus les gens sur ça, sur le fait de quand même d'être bien, de débriefer ça ne peut qu'être une bonne chose pour nous et pour les patients…
Comme tu dis, on ne va pas pouvoir avoir double de personnel, double de temps, ça ce n'est pas possible, mais il faut qu'on essaye de jouer sur ce à quoi on a accès…c'est nous un peu…

B1 : Et pas refaire les erreurs, quand elles sont évitables…

B3 : C’est sûr qu’il y a pleins de petites choses à changer, ce ne sera jamais parfait, et ça il faut peut-être aussi l’accepter, c’est sûr que aussi la révolte en guerre contre le système, tu ne peux pas non plus avancer… et faire que ça se passe bien aussi… Faut accepter un peu et en même temps c’est pas mal aussi de faire bouger un tout petit peu les choses… tous les jours au quotidien…
Et d’en être persuadé ça te donne aussi une autre raison de continuer…

Silence 8 secondes

B2 : Quand on parle d’une bientraitance, j’ai de plus en plus l’impression que ce n’est pas notre faute à nous, c’est plutôt la faute du rôle que l’on prend dans le système, et que tout s’imbrique… Enfin, je ne sais pas mais la tarification des actes, des soins, la qualité qu’on nous demande, l’exigence d’aller au bout de certains diagnostics, travailler dans la rapidité, toujours…

B1 : De faire une définition de la bientraitance au final, parce que ce que ça entrainera c’est « il faut faire ça en plus, et puis comme ça ce sera bien »… Peut-être même qu’un jour ce sera coté pour que les hôpitaux aient de l’argent !!! Pour faire des trucs un peu génériques et pas forcément transposables à tout…

Silence 11 secondes

Intervenant : On passe à la dernière ? Que pensez-vous d’une obligation de bientraitance ?

RIRES

B3 : Ce n’est pas possible…Ce n’est pas possible surtout vu ce que tu étais en train de dire… Je ne sais pas trop comment je peux formuler ça mais déjà comme tu disais au début pour les malades, être malade c’est de la maltraitance et personne n’a envie d’être malade, d’avoir des soins même si c’est obligatoire, enfin… C’est dur de développer sur ça mais à partir du moment où ils mettent un pied parce qu’ils ont des symptômes, parce qu’ils sont malades, parce qu’ils ne sont pas bien à l’hôpital, et au cabinet, on ne respecte plus forcément leur liberté mais ça fait partie de la maladie déjà d’être privé de certaines libertés, de certains besoins… Et là quoiqu’on fasse, qu’on les soigne ou qu’on ne les soigne pas, ils seront maltraités et je trouve que c’est bizarre de poser la question... D’autant plus qu’on disait tout à l’heure que c’est soigner les gens ! Poser la question de « est-ce qu’on bientraite les gens ? » c’est poser la question de « est-ce qu’on est vraiment soignant ?»

B1 : C’est clair, je n’ai jamais rencontré de médecin ou d’interne qui s’en fiche…Il y a là la bonne volonté de vouloir aider les gens… Il ne faut pas obliger les gens à être bientraitants, il faut leur faire confiance, essayer de créer un cadre qui s’y prête le plus possible… On ne va pas obliger les gens …

B2 : Je pense que rien que comme je disais, on ne pense pas à la bientraitance quand on fait notre médecine, ou notre boulot, mais du fait de notre vocation, on est bientraitant donc… Ce n’est pas une obligation, c’est une vocation ! Et c’est pareil pour tous les soignants, ils veulent soigner ? Ils sont bientraitants ! C’est leur choix, ils ont pas fait des études, ils ne sont pas devenus aide soignants ou infirmiers pour être maltraitants et c’est l’essence même de leur travail, d’être au contact de l’humain, et d’essayer de le soigner au mieux… donc une obligation non ! Il faut faire confiance à la vocation des gens, et leur faire confiance qu’ils font bien leur boulot, comme ils le peuvent quoi…

Silence 10 secondes

B3 : Juste j’étais en train de me dire aussi sur la forme, je ne sais pas comment faire pour une obligation de bientraitance, c’est pareil, ça reste un engagement, on ne peut pas obliger à être bientraitant quelqu’un, il faudrait déjà qu’on ait des structures qui nous obligent à faire de la bientraitance, et ce n’est pas le cas…et oui, je ne vois pas trop comment on oblige la bientraitance, après

B1 : Après, il y a bien des mecs qui ont des idées de barèmes, de grilles, de points, de comités…

B3 : de chartes… De chartes de la bientraitance

B1 : Qui vont protocoliser tout ça…

B2 : A partir du moment où tu la rends obligatoire, tu dois pouvoir rendre compte du fait que c’est bien fait et juste ça, ce n’est pas possible et… Je pense qu’il y a cent mille manières d’être bientraitant et qu’il n’y a pas …

B1 : Tout à fait

B2 : On l’a bien vu, c’est des concepts assez vagues et chaque situation, chaque soignant va être bientraitant à sa manière, au moment T comme il le peut. Mais c’est … Il n’y a pas une bientraitance, il y a nos bientraitances, et du coup on ne peut pas la juger, on ne peut pas l’évaluer, on ne peut pas dire « oui je pense que lui a été bientraitant, non je pense que dans cette situation il doit être sanctionné parce qu’il a été maltraitant » Non, qui peut se permettre de juger ça ? Personne ! Je pense que, à part le patient, personne… Et encore que comme on l’a vu, on peut faire une bonne prise en charge en étant bientraitant sans pour autant qu’il soit content, donc lui non plus, il ne peut pas forcément toujours bien juger quoi… Silence 11 secondes - FIN

Entretien Collectif Numéro 3

Intervenant : C'est un sujet qui nous intéresse, car il est d'actualité, et est devenu critère de certification de la HAS. L'objectif est de chercher l'avis d'un panel large de médecins et d'interne à propos de ce thème. Et il n'y a que des bonnes réponses ! Alors, déjà, pour commencer, La bientraitance, est-ce qu'il y a des choses que ça vous évoque spontanément ce concept ?

Silence 10 secondes

C1 : De soigner correctement les patients, enfin du mieux possible, sur le versant somatique et psychologique je pense…

C2 : Moi par rapport à ce qu'elle a dit, ce qui me parle le mieux, ce n'est pas l'intentionnalité d'un résultat ou de faire de la bonne médecine ou de guérir ou pas, mais plus dans l'intentionnalité de la volonté qu'on a d'aller vers le mieux pour son patient et pas dans l'optique de résultat ou qui guérisse absolument mais plus…

C3 : Je te rejoins là-dessus, faire ce qui est dans notre possibilité pour faire ce qui est le mieux pour le patient mais effectivement plus dans ce qui est du lien humain plus que purement physique.

C4 : Moi c'est euh… déjà le contraire de la maltraitance, mais avec quelque chose de plus, c'est prendre le patient dans sa globalité, sur le plan somatique et aussi psychologique.

C5 : Pour moi ce que ça m'évoque c'est que ce n'est pas de la non maltraitance, ce n'est pas juste se contenter de ne pas faire mal, c'est essayer de faire bien donc c'est ce qui a été dit, c'est une prise en charge globale, une prise en charge qui est adaptée au patient et à tous ses échelons. Par exemple la bientraitance ça ne va pas forcément être d'offrir un traitement optimal à un patient si celui-ci ne va pas le désirer ou va être trop lourd pour lui… c'est aussi savoir en tant que soignant prendre ce qui est le mieux mais pas forcément que sur le plan médical…ce qui n'est pas évident car en tant que médecin, on n'est pas forcément adapté à gérer ça. Donc il y a la bientraitance des patients, enfin pour les soignés, mais il y a aussi la bientraitance pour les soignants je ne sais pas si vous allez l'aborder après, mais je pense que pour qu'un soignant soit bientraitant, il faut qu'il soit bien traité… et il faut aussi qu'il soit bien traité par la personne qu'il va soigner…C'est un vaste débat…

Intervenant : Vous avez d'autres choses comme ça qui vous viennent ?

Silence 8 secondes

On va vous poser les définitions de la bientraitance par le Larousse et la HAS. L'objectif de poser ces définitions est de sortir de la recherche sémantique, de recontextualiser la bientraitance dans la pratique clinique de tous les jours.

Selon l'encyclopédie Larousse : Ensemble des soins, des actes et des comportements exercés par l'entourage familial ou professionnel d'une personne et qui procurent un bien-être physique et psychique au bénéficiaire.

Selon la HAS : « La bientraitance est une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'usager et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'usager, 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 patient, l'usager. Elle nécessite un questionnement tant individuel que collectif de la part des acteurs. »

Question 1 : « A quelles situations cliniques ces définitions vous sont-elles penser ? »

C1 : Moi ça me fait penser à la fin de vie, enfin la bienséance, parce que respecter la mort et les volontés de quelqu'un qui est en train de … qui est au bout de sa vie, je pense que c'est dur en tant que médecin… comme je ne sais plus qui disait on est fait pour soigner, et pour guérir, et que vraiment le décès, c'est compliqué à gérer en tant que médecin. Je trouve qu'on est vraiment confronté à ça, surtout en tant que médecin généraliste, je trouve de laisser partir quelqu'un et de respecter vraiment ce qu'il veut, et d'assumer la responsabilité et de… enfin moi ça me fait penser à ça les définitions en tout cas…

C3 : Moi ça me fait aussi penser, dans le cadre du handicap, ou des pathologies qui évoluent, sans nécessairement aller quand même jusqu'au décès, qu'on peut voir régulièrement dans un service de neurologie, qui viennent pour un bilan diagnostique, ou un truc un peu atypique, ou ça ne répond pas au traitement parce qu'en fait, c'est pas juste une maladie de Parkinson, ou ce n'est pas juste… enfin au final, on va rien leur proposer sur un plan thérapeutique de super bien, mais je trouve que la démarche c'est plutôt de leur faire comprendre qu'on ne peut rien faire d'un point de vue purement thérapeutique, mais il va y avoir tout un autre réseau justement bienveillant pour être là pour le patient d'un point de vue social, faciliter que sa famille soit bienveillant avec lui, enfin le fait de rendre sa vie gérable, agréable malgré son handicap, sans qu'il y ait un truc purement médical, avec bien sûr le médecin comme un peu chargé de chef d'orchestre de tout ça… Tu vois le côté paramédical, les kinésithérapeutes, pour moi c'est un peu une façon de voir vraiment l'aspect très collectif de cette bienveillance où on ne peut pas marcher tout seul…

C2 : Moi j'ai toujours été dans les services hospitaliers où c'était les patients à la chaine, ou il y avait 2 patients par chambre, ou on n'avait pas forcément le temps et les locaux adaptés pour des prises en charge globales, on se focalisait vraiment sur quelque chose de médical… Et là je suis en stage en unité de soins palliatifs et en fait on a un cadre qui est super avec des chambres individuelles, avec des frigos, avec aussi des équipes qui sont formées pour et j'ai eu beaucoup beaucoup de retour des patients qui m'ont dit « je suis bien ici »…Alors que paradoxalement il y a tout pour aller mal, ce sont des patients qui sont en fin de vie, qui ont des souffrance psychologiques et physiques énormes, et ça me revient toutes les semaines, surtout des patients qui finissent par rentrer chez eux « ah, en fait j'étais bien chez vous »… Et d'entendre ça alors qu'on est dans un hôpital, que pour moi c'était jamais associé comme un lieu où on pouvait être bien…ça m'a renvoyé à quelque chose de positif, et ça me surprend tous les jours…

RIRES

C2 : C'est vrai que ce n'est pas quelque chose dont on a l'habitude à l'hôpital, normalement, les patients sont contents de rentrer chez eux, mais là ils sont tellement encadrés, et tellement soutenus mais vraiment par un tout, et pas juste par une prise en charge médicale, que c'est… bien du coup…

C5 : Moi ce que ça m'évoque surtout, c'est plutôt toutes les fois où on est confronté à des situations ou on a fait… « Pas de la bientraitance », mais on n'arrive pas à faire mieux même si on aimerait vraiment faire mieux… Les seules fois où j'ai vraiment eu un truc global, c'était en pédiatrie, ou il y a quand même un cadre qui est pensé pour, et tout est mis en place pour réduire la souffrance physique et psychologique du petit. Et quand ils repartent content après qu'on les ait prélevés ou piqués, et qu'on sait qu'ils ne reviendront pas avec de l'appréhension, on se dit qu'on a été à peu près bientraitant…pour peu qu'on ait réussit à faire à peu près de lui ce qu'on voulait, on se dit qu'on a été à peu près bientraitant… Mais je pense qu'à part les soins palliatifs ou c'est comme ça, il n'y a quand même pas beaucoup d'endroit, en tout cas à l'hôpital public, ou on arrive à être bientraitant en global… Il y a plus de cas où il n'y a pas de la bientraitance que de de cas où il y a vraiment de la bientraitance…

Intervenant : ça veut dire quoi des cas où il y a « pas de la bientraitance » ?

C5 : on arrive pas à… après ça dépend de chacun sa conception des choses, mais c'est qu'on arrive pas à faire aussi bien que ce que l'on voudrait… enfin je pense qu'être bientraitant, c'est pas forcément être idéal mais ….des fois on se rend bien compte qu'on a pas le temps de répondre à toutes les questions du patient, et je pense que un patient qui garde des interrogations sur une pathologie, c'est qu'on a pas été bientraitant, parce qu'on a pas répondu à ses attentes…même si elles ne sont pas forcément bien fondées… enfin des fois après 3, 4 questions, tu en a un peu marre, mais …

C2 : c'est par un manque de moyen ce que tu dis…

C5 : oui un manque de moyens, temps, mais on va y revenir pas mal de fois je pense…mais dès fois on aimerait avoir plus de temps, plus de moyens… Je pense quand on est interne de Médecine Générale, au début quand on est en SASPASS, dès fois il y a des patients, on les voit, et on se dit « il y a 15 000 trucs à voir pour lui!! » et tu te dis « déjà je vais dépasser de ma consultation une bonne demi-heure, mais je ne vais pas avoir le temps de tout faire… » Après, c'est ou s'arrête la bientraitance…enfin, ou tu te mets ta propre limite en tant que soignant ? Et des fois c'est ce qui est un peu bizarre, c'est qu'on a l'impression de ne pas avoir fait bien, ou de ne pas avoir fait suffisamment bien pour le patient, et lui, il part en étant tout content…

Silence 8 s

C4 : Moi, le contraire de la bientraitance, c'est aux urgences, ou je pense qu'on a du mal avec ça…je pense qu'on est tellement submergé par le flux des patients, c'est terrible… Me voir en train de marcher dans le couloir avec des œillères pour ne pas répondre aux questions de tous ces patients qui sont en attente là…Et tu t'en veux mais si tu réponds à toutes les questions, tu n'avances pas dans ton travail et…tu te sens tellement mal… et ça, moi je trouve ça horrible…et en même temps qu'est-ce qu'on peut faire quoi ? Je pense que tout le monde a envie d'être bientraitant, c'est ça qui nous pousse à faire ce métier…

Silence 10s

Intervenant : avez-vous des choses à rajouter là-dessus ? Est-ce que vous avez, là dans la tête, un patient ou vous avez fini sa prise en charge en vous disant, là j'ai été bientraitant, je le sens bien, je suis satisfait de ce que j'ai fait ?

C5 : tout le temps !!!

RIRES

C5 : Oui, c'est arrivé… Ce qui est paradoxal, c'est que ce sont des choses qui sont très banales, enfin banales pour nous sur le plan médical, par exemple aux urgences en traumatologie, le patient qui arrive pour son entorse, ou finalement il a vite sa radio, il a vite son antalgique, tu as le temps de lui expliquer et de répondre à toutes ses questions et il part…tu te dis qu'en 1 heure, tout a été fait et que lui, il part en disant « merci, ça c'est bien passé, ça a été rapide » et du coup, là tu es content.

A contrario, d'autres situations ou c'était assez compliqué c'était aussi aux urgences avec une situation qui s'est pas mal dégradée pour le patient, mais là c'était plus de la bientraitance par rapport à la famille, alors je ne sais pas trop si ça rentre dans le cadre…

Intervenant : oui c'est dans le cadre…

C5 : Mais on avait assez bien géré la chose par rapport à la famille, ou on avait tout de suite compris que ce serait un décès pour le patient, et c'était quand même des gens un peu âgés, mais ils ne s'attendaient pas à ce qu'il meure… La situation a été assez bien gérée avec la famille, le médecin a mené ça de façon très bien, et je pense que voilà, on n'a pas sauvé la personne, mais elle n'a pas souffert outre mesure, et ça été bien fait… Même si le résultat n'était pas une réussite, enfin on a fait du mieux qu'on peut dans ce cas-là et je pense que tant du plan des soignants, des infirmières et du cadre, des gens… C'est une situation dure mais qui s'est bien passée du début à la fin…

Silence

Intervenant : et à quel signe tu as pu voir que c'était…

C5 : Eh bien c'était, enfin c'est un patient qui est décédé à l'UHCD après 48H de prise en charge, dans une chambre seule, dans un endroit à peu près adapté et en fait, dans la façon dont la famille posait les questions (parce que le patient était inconscient), c'était jamais des questions d'ordre pronostic c'était toujours plus par rapport à sa souffrance, mais il n'y avait pas beaucoup d'inquiétude par rapport à sa souffrance parce qu'ils le voyaient apaisé… Il n'y avait jamais de questions de revendication par rapport au personnel soignant, de « quand est-ce que vous venez faire ci, quand est-ce que vous venez faire ça… » Mais c'était plutôt à chaque fois « merci pour ce que vous faites » … c'était surtout aux infirmiers « merci pour l'attention que vous lui apportez »… Et du coup, il y avait surtout un sentiment de gratitude de la part de la famille, qu'on a rarement en hospitalier, du coup les soignants s'investissent encore plus auprès de ce patient parce qu'il y a ce retour là… Donc voilà, c'était un bon souvenir malgré le décès du patient…

Silence…

Intervenant : Et vous il y a des situations comme ça que ça vous évoque où vous avez l'impression d'avoir bien fait les choses ?

C3 : Moi je fais des gardes de neurologie, et on est souvent confronté aux alertes thrombolyses pour les AVC, et… Alors ce qu'il y a c'est qu'on déborde toujours de 15000 avis, mais moi mon truc c'est que quand je m'occupe d'un patient, je ne gère que lui et de bout en bout, donc aussi bien la prise en charge diagnostique que l'informer, et quand il y a nécessité, informer la famille. Et donc il y a une fois où j'avais eu un truc simple, une alerte thrombolyse, ou en plus pour le monsieur ça avait été régressif…Il restait encore des petits signes et on était dans un délai pour potentiellement thrombolyser … donc voilà, je l'ai examiné, je lui ai intégralement expliqué le truc même s'il fallait faire vite pour l'orienter au scanner, c'est réussir à mettre en œuvre que le scanner soit fait maintenant tout suite parce que c'est la nécessité, et derrière voilà, les vaisseaux n'étaient pas bouchés, et ça a été… Donc il sort du scanner, et premier truc je lui dis « c'est bon, l'AVC il est régressif, ça va aller mieux, on n'a pas besoin de faire de geste… » Ca a été l'immense soulagement du patient qui après finalement n'avait même plus besoin de me bombarder de questions…Et puis après, il rentre dans un filière de soins post AVC, donc il se trouve que je l'ai hospitalisé dans mon service, et c'est moi qui m'en suis occupée le reste de la semaine et ça a permis de faire des explications sur ce qui lui était arrivé, et de mettre en place un peu d'éducation thérapeutique, d'adapter le traitement au mieux par rapport à comment je pensais qu'il allait être observant, et remettre en place tout un réseau vraiment basique de surveillance de tension, de rééquilibrer un diabète… Et finalement, j'ai réussi à ce que tout soit clair, que sur le coup personne ne cède à la panique pour que derrière, l'équipe paramédicale suive de manière apaisée, que finalement lui n'est pas tellement de questions… Et il est ressortit très très content, parce que voilà, l'hospitalisation n'a pas duré longtemps, sans aucune interrogation donc c'est limite si tu n'as pas trop d'interrogations même si le patient sort sans son courrier…. Je trouvais que c'était une bonne prise en charge du début à la fin… mais ce qui a facilité aussi la chose, c'est que voilà, je l'ai connu du début jusqu'à la fin sur tout le truc. Et puis, même dans les situations d'urgences qui sont des choses que je n'aime pas, ça a tendance pas à me paniquer, mais je ne suis jamais sûre de moi, je trouve que c'est le moment où c'est … ou je m'oblige à être maitre de moi-même pour que le patient derrière soit serein sur sa filière de soin ou sur son devenir… Si déjà lui, il panique et que la pauvre petite interne elle panique aussi, alors on ne s'en sort pas… J'étais plutôt à l'aise sur cette situation, et c'est ce que j'essaie de remettre en place quand je fais des gardes même si… Même si voilà, la mamie a un énorme hématome, et qu'elle ne risque pas de récupérer grand-chose, il n'est pas question (sauf urgence vitale) qu'on me dérange à ce moment-là tant que je n'ai pas vu le patient, informé le patient, répondu à ses questions, vu la famille, et pour moi c'est LE truc le plus important pour être bienveillant… Parce que ça m'énerve de voir ma famille gérée par d'autre médecins, ou ils ne sont au courant de rien, ou ils ne captent rien, à tel point que quand ils me racontent, je suis incapable de comprendre ce qui leur arrive… et je me mets systématiquement à leur place et je me dis « mais moi je serais dans un lit sans rien piger de la médecine et on me balance des trucs, des perfusions, qans que l'on m'explique ce qu'il se passe, non! » Ils n'ont pas forcément à être maitre de leur santé parce qu'au début c'est un peu nous qui chapeautons tout, mais ils ont besoin d'être au courant de tout ce que l'on fait… Pour moi c'est le premier truc pour que les patients se sentent bientraités…

C5 : Pour recadrer sur des mots clés, on pourrait dire que la bientraitance passe par l'information ?

C3 : Oui pour moi ce serait l'information…

C1 : Moi aussi j'ai une situation en tète… Enfin déjà, je trouve que la médecine générale c'est…c'est assez pas …facile d'être bientraitant, mais je trouve qu'on est dans un cadre assez serein, on est dans un cabinet de consultation, face à face avec le patient, donc je trouve

que c'est facile de pouvoir l'écouter, de pouvoir poser les choses… et puis on n'a pas de…Enfin j'ai l'impression qu'on peut être hors recommandation, et que comme on est médecins généraliste, et bien j'ai l'impression que c'est entre le patient et nous, et qu'il n'y a pas de pression externe… Alors c'est peut-être moi qui ne la mets pas, et ce n'est pas bien… Mais c'est assez facile de ce côté-là… Par contre c'est dur parfois d'assumer toutes les décisions et je ne sais pas si c'est ça mais d'assumer un peu cette bientraitance… C'est-à-dire de dire au patient « vous vous voulez ça et je le comprends, et on fait (si ce n'est pas létal pour lui) on essaie de faire comme vous voulez » et on va dans son sens… Mais je trouve que des fois c'est dur d'assumer cette responsabilité, surtout d'aller ou de ne pas aller à l'hôpital…on sait que c'est compliqué de le gérer en ambulatoire mais on sait que c'est mieux pour lui, enfin ça ne va pas du tout être adapté à lui l'hôpital… Enfin parfois les personnes âgées ça les désoriente complètement, ça les met dans des situations… Et même en ce moment, je remplace un médecin qui est addictologue, et du coup on fait beaucoup de sevrage, de tout ça et j'ai un patient que je connaissais déjà parce que c'est là que j'ai fait mon stage et qui consommait de la cocaïne et qui avait arrêté pendant longtemps et qui là s'était remis à consommer… Du coup il m'appelle en me disant « j'ai besoin d'aide… » Donc je le revois en consultation et puis là il était au fond du gouffre, il avait consommé et la descente de cocaïne ça rend quand même vraiment fragile et du coup il avait des idées suicidaires et tout ça, et…Il n'avait vraiment pas le moral, il pleurait… Et je pense aussi pour moi, c'était mieux qu'il aille à l'hôpital, pour le sevrage et pour le côté dépressif avec les idées suicidaires… Mais lui ne voulait pas du tout, alors on a dit, « on essaie à la maison, et je vous rappelle demain, et on se revoit tous les 3 ou 4 jours… ». On fait ça depuis 15 jours à 3 semaines et puis, il m'a dit aujourd'hui « je me sens vraiment soutenu, vous m'encouragez, et ça me fait du bien de savoir que quelqu'un pense à moi ». Et du coup il m'a renvoyé je pense une espèce de bientraitance, et c'est agréable… Pour autant au début, on y pense quand même en disant « j'espère qu'il ne va pas passer à l'acte, j'espère que … » Après il a re consommé entre temps mais je trouve que … les idées suicidaires c'est hyper dur en médecine générale parce que … Entre ce que nous on aimerait, c'est-à-dire le savoir à l'hôpital dans une petite cage dorée à l'abri, et ce que le patient veut, et ce qui est possible, je trouve ça compliqué… Pour moi ça reste quand même de la bientraitance mais c'est dur à assumer…Alors que je trouve que dès fois c'est plus facile d'être maltraitant et d'envoyer à l'hôpital… enfin ce n'est pas forcément que de la maltraitance, mais pour nous c'est plus confortable en se disant « c'est bon, ce n'est plus mon problème ! »… Mais après moi je me sens maltraitante quand je me dis que je l'ai envoyé pour … Je me prends la tête tout le temps, mais je trouve que la bientraitance, c'est dur à assumer…

C5 : Enfin ce n'est pas la même chose, enfin de ce qui est Bien pour le patient… Nous en tant que sachant, enfin nous on sait ce qui est bien pour lui, et lui ce n'est pas ce qu'il veut… Enfin un exemple qui nous touche tous, tous les jours, c'est par rapport aux antibiotiques… Ils ont de la fièvre depuis 2 jours et ils sont là « je veux des antibiotiques, je veux des antibiotiques », et si tu regardes la définition de la bientraitance de la HAS, je ne suis pas à son écoute, et je ne réponds pas à ses besoins… Et même si tu lui explique autant que tu peux, au final tu craques un peu avec les antibiotiques…Et si tu ne lui en mets pas, il ne va pas se sentir écouté, il ne va pas se sentir compris, alors que tu as pris la bonne décision pour sa santé…Et c'est des fois ou on n'est peut-être pas bientraitant, mais peut être bienveillant et…les médicaments on a quand même fait ce qui était bien…Enfin moi j'ai eu le cas d'une patiente, ou je l'ai vue pour son petit bout qui n'était pas bien et je l'ai vue le matin (parce qu'elle est revenue me voir après), je lui explique tout et finalement dans l'après-midi elle était aux urgences pédiatriques parce qu'elle était inquiète tout ça… Moi je n'étais pas spécialement inquiet, je me dis, « elle ne m'a pas fait confiance… » Mais si ça se trouve, elle est allée chercher des antibiotiques quoi… Elle s'est dit je vais voir un autre médecin pour avoir des antibiotiques…ça m'interpelle juste par rapport à ça, dès fois, est ce que quand on fait la bonne prise en charge on est bientraitant ? Parce que le patient n'est pas d'accord avec ce qu'on lui propose…

C2 : Mais si tu as voulu faire au mieux pour lui, pour moi tu as été bientraitant… et du coup c'est en dehors du concept d'avoir fait au mieux médicalement parlant…ta fais en fonction de ce qui te paraissait le mieux et voilà …

C1 : Mais pour mon patient, juste pour lui, tu te dis que son sevrage sera quand même plus efficace en hospitalier, et il aura un avis psychiatrique…Il sera vu par un psychiatre et il sera quand même au mieux, enfin sur le papier… Et pour lui il ne sera pas au mieux…

C 2 : Mais justement c'est ça qui fait la difficulté de la médecine finalement telle qu'on la fait c'est … en soit globalement ton patient tu l'as écouté dans sa volonté, et forcer quelqu'un à faire quelque chose qu'il n'a pas envie quand il est capable de décider, et il l'était … Peut être que tu as respecté aussi…

C1 : Après dès fois on peut réussir à les convaincre, mais moi j'ai … Pas j'abandonne vite mais dès fois j'essaie pas de pousser à … Je ne sais pas s'il faudrait ou pas… 15 jours avant, j'ai eu un patient pour un sevrage alcoolique et vraiment des idées suicidaires, mais lui il était … Enfin je sentais que ça allait mal se passer mais lui il ne voulait pas aller à l'hôpital… Il avait déjà fait une TS, il connaissait déjà toutes les Benzodiazépines, ça marche ou ça ne marche pas…vraiment, vraiment psy… et lui je voulais vraiment l'hospitaliser et il ne voulait pas… Du coup j'ai fait en externe et je l'ai rappelé le lendemain et c'était un vendredi quand je l'ai rappelé… Je lui ai dit « si ce Week-End ça ne va pas, vous appelez les urgences psychiatriques » et je l'appelais le lundi et je le voyais le mardi. Et en fait sa femme m'a appelé le lundi matin en me disant qu'il avait avalé tous ses médicaments, pris de l'alcool, eu un accident de voiture, qu'il avait après été retrouvé sur la voie publique, il a été aux urgences, il a fugué des urgences, après il est revenu aux urgences parce qu'il s'était scarifié, après il est allé en HDT à St Egrève… Du coup, là je me dis, est-ce que j'ai vraiment été bientraitante en le laissant en externe et … il me disait « non ! » et je trouve que c'est hyper dur de faire une HDT, enfin que l'HDT elle est hyper violente, et même la HO… Quand on est en médecine générale, enfin là je ne savais pas trop quoi en penser, ça m'est revenu toute la journée, je n'ai pas arrêté d'y penser…je ne sais pas, je trouve que c'est compliqué…

C5 : Après est-ce que la bientraitance ça s'applique à tous les patients ? Enfin ce que je veux dire, est-ce que on peut être bientraitant avec tout le monde ? Enfin là, par exemple, ton cas…

C1 : Est-ce que je pouvais être bientraitante ? En tout cas moi ça m'a interpellé…

C5 : En tout cas, dans l'immédiat, est-ce qu'on peut tout le temps à tout moment être bientraitant ? C'est une vraie question…Des fois on n'a pas le choix…

C2 : Après pour moi c'est vraiment comme ressenti du côté du médecin et ressenti du côté du patient, enfin… Tu vois si tu fais une HO, pour le patient ce sera forcément un sentiment de maltraitance, alors que toi ce sera un sentiment de bientraitance parce que tu as pensé faire au mieux … C'est la situation où tu vas à l'encontre complet de la volonté de ton patient et justement, il y a un cadre législatif à ça et…c'est ça qui est difficile à évaluer… Mais il y a aussi les lois pour nous aider à ça… Et justement, quand deux situations se confrontent au mieux, enfin au plus fort… Mais dans toutes les autres petites situations…

C5 : Oui en fait c'est un peu là ou toi tu mets le curseur…parce que c'est une pathologie psychiatrique, il est dépressif donc c'est un peu toi ou est-ce que tu mets le curseur, de respecter la volonté du patient et…

C1 : Et surtout en 20 minutes quoi…

RIRES

C5 : C'est sûr ! Enfin ça, c'est…

C1 : enfin théoriquement, tu as le même temps que pour l'otite, enfin dans ta tête…

C2 : Et puis moi ça me fait penser à des situations en soins palliatifs ou j'ai eu un sentiment de bientraitance alors que je crois que c'est une des pires situations que j'ai vécues… Ou le patient était en fin de vie et médicalement, on avait beaucoup avancé, il avait 2 sondes de néphrostomie, insuffisance rénale terminale, un des médecins me pose la question de la dialyse, enfin on est allé très, très loin… Le patient répétait depuis plusieurs jours qu'il voulait mourir, qu'il était en souffrance et moi je me sentais entre les deux en tant qu'interne, avec pas l'impression qu'on l'écoutait en fait…Et puis finalement, on a fini par une après-midi, 17h, décider de mettre en place une sédation parce que le patient hurlait, en disant qu'il voulait mourir et qu'il n'en pouvait plus, ce qui est encadré par la loi donc on a mis en place cette sédation. Et en endormant le patient, parce que j'ai effectué la sédation en chambre du patient, qui n'allait pas se réveiller du coup et qui est mort deux jours plus tard, j'ai eu l'impression d'être bientraitante alors que j'allais vers son décès directement et ça a été… Enfin c'est surtout les équipes soignantes qui m'ont dit après, (je pense qu'elles ont senti que j'avais besoin d'être rassurée par rapport à ça…) : « tu as fait quelque chose de bien », même si c'était la pire des choses à faire… Et quand j'y réfléchit à posteriori, je me dis que j'ai été à la fois bientraitante à ce moment-là et qu'on a aussi été maltraitant dans le sens qu'on a vu le patient souffrir et nous répéter quelque chose et que du coup on a été maltraitant dans le délai de la mise en place de cette sédation…

C1 : Après je pense qu'il faut aussi du recul dans ton cas, il fallait peut-être voir comment ton patient évoluait, en fonction des symptômes… Enfin si jamais il y avait un petit mieux, peut-être qu'il ne voulait plus…

C2 : Oui, mais tu vois, le cap je pense qu'il l'avait passé… depuis trop longtemps…

Silence 11 secondes

Intervenant : du coup il y a la notion de volonté du patient, d'écoute, c'est ça ?

Silence 8 secondes

C5 : je pense qu'il y a une notion de résultat médical dans la bientraitance… Est-ce que ça devrait ? Parce que nous on est un peu dans ce registre là… Je sais bien qu'en tant que médecin, le but c'est de soigner la personne mais est-ce que c'est le plus important en fait dans notre prise en charge ? Est-ce que c'est le plus important pour le patient ? Parce que dès fois, tu as des patients ou te dis « en fait on fait n'importe quoi » alors qu'il est tout content, et d'autres ou tu fais la prise en charge optimale et en fait il gueule…

C1 : C'est que je pense qu'il y a des patients qui ont besoin de résultats et d'autres qui ont besoin d'écoute… Enfin moi je pense surtout à la médecine générale mais il y a des patients qui viennent avec plein de petits problèmes et qui ont besoin en fait de relarguer et tu n'as rien prescrit, il ne s'est rien passé et ils sont contents, et d'autres qui viennent avec tel problème, et si tu n'as pas la solution c'est que tu n'es pas un bon médecin… que tu n'as pas été bientraitant… Donc je pense que ça dépend vraiment de si il est cartésien ou pas, de si il a besoin de… Je pense que ça dépend vraiment du patient… Et je trouve que ça se sent tout de suite, le patient qui a besoin un peu d'enrobage et qu'on l'accompagne et l'autre qui a besoin de faits quoi… Et du coup, je pense que c'est savoir s'adapter aussi à leurs attentes…

C4 : Je pense qu'on a une vision assez subjective de ce qu'est la bientraitance… En fait, c'est avec le patient qu'il faut définir ce que c'est enfin en accord avec lui… en s'accordant à son projet…on devient bientraitant…

C5 : Oui, parce que tous les cas de bientraitance que l'on dit, ce sont des cas où on était content, et on pense que le patient était content… Je dis ça un peu de biais mais… et puis c'est compliquer à évaluer la bientraitance pour le patient… Il y a des manières d'évaluer ça ?

Rires

Silence 7 secondes

C4 : Par exemple, le suicidé qu'on empêche de se suicider, il ne va pas penser qu'on est bientraitant avec lui quand même ? Enfin, de quel droit on a le droit d'empêcher quelqu'un de se suicider ? Effectivement, c'est toujours les questions que je me suis posée, quand il y a quelqu'un qui vient aux urgences, et qui a essayé de mettre fin à ses jours, qui s'est foiré, et nous on essaie par tous les moyens de le réanimer… Je me dis « Qu'est-ce qu'on fait ? De quel droit on le réanime alors que le mec voulait juste mourir? Si ça se trouve par la suite il va être défiguré parce qu'il s'est tiré une balle dans la tronche, ou… ». Moi je pense qu'il faut que ce soit une prise en charge en accord avec la volonté du patient quoi …

C3 : Et de sa famille…

Silence

C2 : C'est sûr qu'on ne peut pas décider tout à la place du patient… Après pour les pathologies psychiatriques, pour moi c'est encore différent et encore un autre cadre encore une fois parce que la volonté de la personne est tellement difficile à évaluer sur des critères objectifs et médicaux justement que je mets vraiment le cadre de la psychiatrie à part et je pense qu'on n'est pas très bien formé par rapport à la … au champ que ça prend dans notre métier… Encore une fois pour moi, être en accord avec l'impression que je fais pour le mieux, du coup c'est forcément ce que le patient me renvoie, pas forcément ce que je fais de mieux mais c'est mieux pour lui parce qu'il le dit à travers ses mots, dans ces cas-là j'ai l'impression d'être bientraitante… Et au même titre que des fois, je ne suis pas bientraitante et je le sais pertinemment parce que je n'ai pas envie de l'être…

RIRES

C2 : C'est vrai, il y a des fois ou je n'ai pas envie de l'être parce que ce que me renvoie la personne n'est pas agréable, ou n'est pas plein d'empathie, parce que c'est la fin de la journée un vendredi soir et que je suis fatiguée, et que je n'ai plus cette capacité-là, parce que j'ai juste pas envie… Et dans ces cas-là, je ne me considère pas comme maltraitante pour autant, mais je vais faire juste mon job…vérifier qu'il n'y ait pas de critère de gravité, prescrire le minimum syndical et au revoir Monsieur, et puis on verra une autre fois...

C5 : Mais si ça se trouve, tu as quand même été bientraitante…

C2 : Et bien moi ce n'est pas le sentiment que j'en aurais… Enfin il y a des fois où je n'ai pas ce sentiment du tout …

C5 : C'est pour ça, la bientraitance là, c'est le point de vue du patient qui est pris en compte, si tu fais juste « voilà, vous avez ça, vous n'avez pas ça, on fait ci… ». Il est comblé si tu as le sourire, mais finalement est-ce qu'on ne répond pas quand même à la définition et à la bienveillance si tu as fait ton travail comme il faut ? Je n'ai pas la réponse mais…si son besoin c'était d'être rassuré et d'avoir le médicament en question…

C2 : Moi je n'aurais pas l'impression…

RIRES

C3 : Après peut être qu'on cherche aussi juste le truc qui fait qu'on ait pas l'impression d'être soigné juste par un ordinateur, un logiciel… Le fait que voilà, qu'il y ait un humain qui te soigne derrière et qu'il y ait une espèce de colloque singulier, oui tu ne peux pas l'avoir tout le temps… C'est sûr que vendredi soir, garde 24h…

RIRES….

C1 : Et là, ce que tu disais du coup c'est que ça s'évalue par le patient c'est ça ?

C5 : Ah non, je ne sais pas… C'est une bonne question parce que déjà dans les cas dont on parlait on disait « là j'ai le sentiment d'avoir une bientraitance »… C'est un peu ce que les patients renvoyaient et ça dépend vachement du contact qu'on a avec les patients, et on a tous des feelings différents, et il y a des gens je pense que malgré tout on a été bienveillant avec eux sans chercher malgré tout à être spécialement dans le feeling, expliquer, ou s'impliquer en fait… Tu peux être bienveillant, bientraitant pardon, petit amalgame, sans t'impliquer en fait…

C2 : Mais dans l'exemple que tu donnais tout à l'heure, ton patient aux urgences, par exemple, tu disais que c'est le médecin qui avait été bientraitant, dans la prise en charge de la famille et l'annonce du diagnostic par exemple, mais c'est vrai que c'est toi qui l'a évalué en tant qu'interne, alors que le malade, lui, on ne sait pas quel était son ressenti… Mais toi, en tant qu'interne, tu assistais à cette consultation, à cette prise en charge, et tu as eu l'impression que ce médecin là en l'occurrence était bientraitant… Donc on a peut-être un regard sur la bientraitance que nos confrères, nos collègues dans leur façon de prendre en charge les patients, s'ils sont bientraitants ou maltraitants on peut quand même le dire… c'est toujours subjectif mais…

Silence 10 secondes

C5 : C'est que ça me faisait penser à un autre truc… c'est qu'en fait, finalement, ça fait partie des choses ou il y a une façon d'évaluer ça qui est un peu bizarre, parce que la personne qui est en face de toi, enfin en tant que médecin ou même une équipe globale, tu peux pour deux pathologies identiques, avoir fait une prise en charge exactement la même, t'investir pareil à 100% et en fait le patient l'un va dire c'est très bien et l'autre c'est nul… Mais en fait comment dire sans être trop méchant… Ce n'est pas un truc ou je pense qu'il faut aller rechercher la bientraitance systématiquement pour chaque patient, parce que je pense qu'on n'y arrivera pas, parce que ça dépend aussi de la personne que tu as en face… Et déjà faire le mieux possible, en étant le plus à l'écoute possible, en répondant le plus possible aux besoins des patients, c'est déjà une bonne chose, et après… C'est dur à évaluer, il faut chercher à l'évaluer, mais est-ce qu'il faut à tout prix vouloir (je ne sais pas comment formuler ça), est ce qu'il faut à tout prix vouloir chercher l'évaluation de tous les patients ? Parce qu'il y a certains patients, par leur niveau social, par pleins de choses, qui ne vont pas être en capacité de comprendre tout ce que l'on a fait pour eux… Du coup est-ce que (c'est pas du tout une façon de juger mal les gens, hein) en fait il y a des gens à qui tu expliques plein de choses, tu te décarcasses pour leur expliquer plein de choses, et à la fin, ils n'ont rien compris et tu te dis « est-ce que j'aurais dû finalement leur expliquer tout ça, est-ce que j'ai perdu du temps, est-ce que je l'ai saoulé, est-ce que pleins de choses… ? » Et en fait, c'est dur de s'adapter à la personne que tu as en face… Et dès fois, la personne que tu as en face elle n'est pas forcément non plus adaptée à toi…donc ce n'est pas de ta faute…

RIRES

C5 : On s'en rend compte en médecine générale parce qu'on a toutes les strates de la population, mais c'est vrai que des fois, tu te dis « comment j'aurais pu lui faire comprendre, à lui ? » Il n'y a pas forcément de conclusion…

RIRES

Intervenant : Et si tu devais dire « en étant méchant » ?

C5 : Je ne suis pas méchant…

RIRES

C1 : Ce n'est pas ce que m'a dit ton patient hier !!!

RIRES

Silence 10 secondes

Question 1bis ? Situations ou vous vous êtes sentis pleinement satisfait de la prise en charge, où vous vous êtes sentis bientraitants?

C2 : on a déjà répondu je pense à cette question…

Silence

Intervenant : voulez-vous rajouter quelque chose ?

Silence 10 secondes

Question 2 : Quelle place cette notion occupe-t-elle dans votre pratique ?

C5 : Bonne question, sachant que je ne connaissais pas la définition ce matin…

C1 : Je pense qu'elle occupe une place primordiale sans que l'on s'en rende compte… Enfin moi je n'avais pas de mot pour ça, et comme toi, je ne pensais pas à la bientraitance, mais je pense que si on est un minimum concerné, après chaque consultation, ou après chaque demi-journée, on se dit « lui ça a été, lui pas, là j'ai moins senti… » Enfin moi il y a trop de soirs où il y a des patients qui me reviennent, et je ne sais pas si c'est une question de bientraitance mais… je me perds dans ce que je veux dire… Mais je pense que ça a une place à chaque consultation, avec les enfants, on a toujours envie de les mettre à l'aise et que ce soit un moment agréable, avec les personnes âgées on a envie de parler plus lentement et d'aller à leur rythme, et les patients un peu plus psy, on parle… Enfin c'est toujours s'adapter et c'est ça qui fait la beauté de la médecine, c'est toujours s'adapter à la personne qu'il y a en face de nous et je trouve que c'est comme ça que la bientraitance elle est dans chaque consultation… C'est aussi les petits sourires, la convivialité, ne pas prendre les personnes de haut, enfin ce genre de choses… Et je trouve que pour moi c'est tout ce qui fait la bientraitance et que je ne trouve pas ça trop dur d'être bientraitant, enfin aller vers la bientraitance quoi… C'est une spirale positive en fait, si on va vers l'avant, vers le patient, et bien lui nous le ressort bien, et nous on est encore plus content, donc on est encore plus gentil, et puis tout ça je trouve que ça fait des bons moments…

C5 : Ça renvoie un peu, de manière philosophique, au pourquoi on a voulu faire médecine, et il y a plein de choses… Et moi ça m'est arrivé pleins de fois depuis que je suis en cabinet, ou tu ne fais pas la prise en charge idéale médicalement parlant pour le patient… en fait tu fais le truc et ce que tu vas chercher parfois c'est un peu le merci… Et en fait parfois, tu aimes bien aussi te faire brosser dans le sens du poil…

RIRES

C5 : et je me dis que pour que le patient arrive à te dire ça, c'est que quand même, globalement, tu as répondu à sa demande… On ne va jamais lui faire quelque chose de mauvais pour lui mais … On y fait tous un peu aussi, parce qu'on aime bien entendre le merci aussi à la fin, on fait déjà un peu tous… C'est les raisons pour lesquelles on a fait médecine … Et puis il y a aussi la façon avec laquelle on apprend les choses maintenant, enfin l'approche qu'on apprend en tant que médecin et qu'on a maintenant, l'approche centrée patient tout ça, ça a quand même bien évolué, on nous le fait bien comprendre, et on place bien le patient en tant que personne, et à s'adapter à lui… C'est quand même assez rare, parce qu'on est jeune et qu'on ne les connait pas trop, d'avoir un médecin vraiment paternaliste face au patient… Enfin en général, on est à la consultation, on explique bien le truc, et à partir de là, qu'est-ce qu'on décide, qu'est-ce qu'on fait quoi… Je trouve qu'en tant que personne, si tu veux être un bon médecin et si tu veux être épanoui dans ton boulot, tu es un peu obligé, enfin tu vas chercher la bientraitance… Après on en connait tous, on se dit ce n'est pas un bon médecin, on se dit « qu'est-ce qu'il fait en médecine », il est là pour d'autres raisons … Et puis il y a des spécialités, ou finalement le résultat médical est là et ils sont sans doute moins préoccupés par ce genre de questions (c'est une thèse de médecine générale ?)… Après peu importe, ils pourront effectivement nous critiquer sur une prise en charge médicale qui n'est pas forcément nickel optimale sur le plan des recommandations … Mais je pense qu'on peut au moins se targuer de ça, c'est d'être adapté au patient. Je pense qu'en médecine générale, on va le chercher, et on va d'autant plus le chercher qu'on est en libéral et que nos patients, c'est aussi nos clients et ils nous choisissent et on est obligé qu'il y ait un petit côté, pas de séduction, mais un petit côté… Mais pour répondre à ça, être bientraitant avec le patient c'est une condition obligatoire, et d'autant plus avec les nouvelles générations… Et je pense que c'est plus compliqué de répondre à la bientraitance sur les anciennes générations, sans parler de gériatrie… ils vont moins aller poser des questions et demander d'explications, donc si tu fais moins la démarche…

C1 : Je pense que c'est plus facile d'être bientraitant avec l'ancienne génération, tu vois ils ont plus accès à l'information, ils te poussent plus dans les retranchements, et ils sont plus exigeants… Alors que l'ancienne génération ils vont plutôt dire « oh, c'est vous le docteur, je vous fais confiance » du coup tu peux leur expliquer, et du coup ils sont contents et … Après il y a aussi l'ancienne génération qui commence vraiment bien à se renseigner et comme ce matin, une dame qui m'a posé vraiment des questions intelligentes sur les statines et j'aurais pas aimé être son médecin … C'est-à-dire qu'elle est sous statines depuis que je ne sais pas elle a 70 ans, elle doit être sous statine depuis ses 45 ans, en prévention primaire, et depuis 6 ou 7 ans elle est diabétique de type 2 et du coup elle a vu, à raison, que les statines peuvent donner du diabète… Elle n'est pas en colère mais elle se questionne vraiment, elle se dit « mais est-ce que vraiment il fallait me les donner ? Et est-ce que ce ne sont pas les statines qui ont créés mon diabète ? » Enfin voilà, elle a des questions hyper intelligentes et hyper adaptées, et je n'avais pas envie d'être son médecin traitant !! La place était hyper compliquée parce que je n'avais pas envie de critiquer tout ce qu'il s'était passé mais en même temps j'étais d'accord avec elle… Je trouvais ça vachement intéressant ce qu'elle renvoyait comme question, en plus elle était vachement respectueuse, pas du tout dans la critique de la médecine et elle disait « je fais confiance à mon médecin, je n'arrêterais pas mon médicament sans son avis… »

C5 : Ça m'a redonné une autre idée … Ça dépend ce qu'on appelle bientraitant, mais dès fois il y a des patients qu'on aime bien, et ça nous fais chier de leur faire faire un truc et du coup comment ut places la bientraitance là-dedans ? Après, ça doit faire partie intégrant des soins, pas de soucis, mais…

Intervenant : est-ce que tu as un exemple là ?

C5 : non

C1 : une coloscopie ?

C5 : oui c'est ça… Ou le petit, tu te dis est-ce qu'il est bien et qu'il peut attendre sa biologie demain matin ou est-ce que tu l'envoies direct faire… voilà, c'est tous ces trucs-là en fait… Ou des fois, tu n'oses pas annoncer la mauvaise nouvelle, tu n'oses pas être trop pessimiste, tu dis « ça va aller ! » et tu te dis « pourvu que ça aille, pourvu que le résultat soit bon…» parce que tu n'as pas envie d'être l'annonciateur de mauvaises nouvelles…

C1 : Je trouve que ce qui est compliqué c'est de ne pas transmettre le stress au patient, de ne pas faire des choses parce qu'on a peur ou parce qu'on est stressé, des choses de toute la médecine d'aujourd'hui où il y a le côté médicolégal et que si tu n'as pas fait ça, ou si tu n'as pas vérifié ça ou machin, du coup moi j'ai toujours un dilemme : est-ce que c'est mon stress qui fait que je demande une prise de sang ou est-ce que c'est vraiment la situation qui… Et du coup je me demande vraiment si je ne suis pas un peu maltraitante parce que je surmédicalise un peu, enfin je fais consommer du soin parce que dès fois, 'ai toujours peur de ci, de ça… Alors qu'au final, dès fois il faudrait juste un peu temporiser et le patient s'en porterais mieux, et la société aussi… Mais je trouve que notre place est compliquée… Enfin est-ce qu'on est vraiment bientraitant quand on fait vraiment tout le paquet pour une douleur abdominale, alors qu'en fait 2 jours après, c'est passé… Je ne sais pas si vous ressentez ça… Son stress est là et… Comme la, un bébé de 1 mois qui avais une rhinopharyngite, ou je trouvais qu'il tirait un peu, mais pas trop, mais un peu, mais pas trop…je le regardais dans tous les sens et je lui disais « vous êtes sûre ? Il n'est pas comme d'habitude ? Il a 38°2 oh là là ! » J'ai passé une demi-heure à le regarder et puis j'ai fini par l'adresser aux urgences… Mais voilà, je pense que lui, j'arrivais pas à m'auto rassurer… après je me dis qu'il faut garder un œil critique, et que si il ne

me va pas, il faut l'adresser mais le soir j'ai rappelé la maman, puisque j'avais dit que je la rappellerais pour avoir de ses nouvelles, et ils l'avaient quand même laissé rentrer à la maison et du coup, c'est vrai qu'il ne perdait pas de poids, qu'il mangeait bien et qu'il dormait bien, et ça je le savais en plus mais j'avais besoin d'un deuxième avis et donc du coup, c'était l'envoyer aux urgences, à 1.5 mois, et je ne sais pas si j'ai été bientraitante parce que voilà, je me doutais qu'il n'allait pas forcément rester, et j'ai l'impression que c'est moi qui en avait besoin et…

C5 : je ne vois pas en quoi ce n'est pas bientraitant ce que tu as fait ?

C2 Oui voilà !

C1 : Parce que je ne sais pas, je ne sais pas comment expliquer… Après je crois que j'ai vraiment un problème… Je ne sais pas, j'ai l'impression que si j'étais plus sûre de moi en tant que médecin, j'aurais plus tranché dans le lard en disant « oui, là c'est sûr qu'il faut l'envoyer aux urgences », ou alors « non, vous revenez dans 2 jours et on voit comment ça va… »

C5 : je pense que sur un petit de 1 mois, si tu es assez sûre de toi pour …

C1 : c'est ça qui m'a fait l'envoyer mais…

C3 : après, la maman était d'accord avec la prise en charge ?

C1 : Oui, elle était vraiment très sympa, elle était infirmière, surtout que la grande sœur de 4 ans qui est handicapée, polyhandicapée elle n'était pas très bien et elle enchainait les crises d'épilepsies… Elle m'a dit « de toute façon, je serais allé aux urgences pour elle donc je vais y aller pour les 2 » D coup j'ai appelé les urgences pour les 2, et ils ont gardé la grande et pas le petit… Elle était embêtée comme moi, on était vraiment toutes les 2 devant lui en disant… je ne sais pas… Elle disait « c'est vrai que je n'ai pas envie d'aller aux urgences et c'est une organisation de fou parce que la grande est en poussette, le bébé a 1 mois, et c'était vraiment compliqué… Finalement, je pense que j'ai bien fait mais… un petit d'105 mois aux urgences pendant 7 à 8 H, ça pose la question quand même, même si c'est mieux pour lui d'avoir … mais il aurait peut-être pu quand même rester à la maison… Même si en médecine générale on est parfois un peu dépourvu, on les voit que pendant 20 minutes alors c'est dur de se faire une idée, de savoir si ça ne va pas décompenser… Et puis il y en a qui font quand même des bronchiolites assez cognées… ais lui je me suis quand même posé la question, est-ce que ce n'est pas mon stress qui ressortait dans cette prise en charge et dans la décision finale…

C2 : Moi j'ai l'impression qu'en médecine générale justement, je suis beaucoup plus dans l'incertitude et donc dans l'hésitation à me poser dix fois plus la question de « est-ce que je suis bientraitant » que quand je suis à l'hôpital, mais à posteriori, je me dis quand même que j'ai l'impression qu'en médecine générale, finalement je suis peut-être plus bientraitante parce que ce sont vraiment des relations binaires avec les patients et qu'on prend le temps vraiment de leur poser la question, dans un cadre donné pendant les 20 minutes de consultation de savoir comment ils vivent à la maison ou… Alors qu'à l'hôpital, on est tellement à appliquer certaines choses sans se poser la question du pourquoi alors que souvent on le fait pour suivre des recommandations, des … Il y a des fois ou je sais que j'ai fait des choses dans des stages, que ce soit interne ou externe, pour appliquer les choses telles qu'elles étaient et en ayant pas l'impression d'être bientraitante pour autant quoi…

C1 : je suis d'accord, moi c'est ce que je disais au début, je trouve que la médecine générale, c'est facile d'être bientraitant, c'est assez accessible d'être bientraitant… Mais après je reviens toujours sur la même chose mais c'est dur d'assumer les décisions…décisions qui se pensent sur la bientraitance, mais derrière, la personne qu'on est derrière le médecin doit assumer tout ça… Alors qu'à l'hôpital on a des espèces de cadres ou il faut faire ça, alors on suit… et voilà, soit on suit nos chefs, soit on suit les recommandations, ou les spécialistes qui nous donnent des avis… Je ne sais pas, j'avais moins l'impression d'être stressée en tout cas … Je trouve qu'on était plus stressé par rapport à nos pairs, ou par rapport à ce que l'on fait à l'hôpital que par rapport au patient… Je trouve que lorsqu'on sortait de la chambre, le patient était un peu déshumanisé… Alors qu'en médecine générale, c'est entre lui et moi et il y a tout qui passe dans le regard, dans le truc, et puis on le voit dans la vie de tous les jours aussi… je trouve que c'est plus facile d'être bientraitant mais…

Silence 10 secondes

Intervenant : toi tu le ressens comme ça à l'hôpital en tant que spécialiste ?

C3 : Quand je suis toute seule je fais mon truc, donc je fais des choses qui me rendent à peu près satisfaite de ce que je fais … Mais alors par contre, le jour de la grande visite professorale, c'est un jour que je déteste parce que c'est un jour absolument ignoble pour les patients… Nous c'est très caricatural, la grande chef ne nous écoute pas, ne comprend pas forcément ce que les patients lui disent donc déjà comme ça, je trouve que ce n'est pas du tout bienveillant… Et ensuite elle se permet des remarques absolument déplacées enfin que moi j'estime déplacées devant les patients, qui fait que du coup j'imagine que sur le ressenti de la pathologie, d'un coup ils se prennent une grosse claque dans la figure… Du genre « ah lui, là, il a une AMS, on lui passe de la LEVODOPA par voie jéjunale, c'est hors recommandations donc ça ne sera pas remboursé » ou alors « et bien comme ça, quand il aura des troubles de déglutition il aura déjà la sonde »… Je trouve ça absolument ignoble… Et c'est comme ça en permanence, et je trouve que ce jour-là, ça casse tous les efforts que tu as fait pendant toute la semaine, tout ce que tu as réussi à mettre en place avec le patient pendant toute la semaine, avec la famille, avec les infirmières et… d'un coup, en 10 minutes, il n'y a plus rien… et derrière, après la visite, tu retournes voir les patients parce qu'ils sont

complètement paniqués, tu retournes voir les familles… Ou elle décide, pareil un monsieur qui se dégrade très très vite sur un syndrome parkinsonien atypique, qui n'a plus trop de contact, qui est grabataire, qu'on arrive même plus à lever, et on était quasiment tous les chefs et moi d'accord pour plutôt laisser évoluer la maladie, et plutôt de pas mettre la gastrostomie et voilà, c'est elle qui a fait la visite des familles et elle leur a dit « on pose la gastrostomie ». Du coup, on a attendu 15 jours, on pose la gastrostomie et… maintenant la famille elle ne veut toute façon pas le reprendre à la maison et… je me demande dans quelle mesure cette hospitalisation a apporté du confort à ce patient ? Finalement rien, et je trouve que sur cette partie-là, en tout cas quand on est un peu en conflit de prise en charge entre l'interne et le chef, malheureusement c'est la hiérarchie qui prime et ce sont les chefs qui appliquent leur trucs… qui moi personnellement ne sont pas en accord avec la façon dont j'aimerais bien traiter mes patients… Et après, eux dans leurs hautes sphères, est-ce qu'ils se posent encore la question, je ne sais pas… et je trouve ça dommage… Enfin ça participe au fait que je rejette absolument en bloc le système hospitalier du CHU en ce moment, et je n'ai qu'une seule envie, c'est de me casser… parce que je n'ai pas envie de devenir comme ça, parce que je trouve que, enfin je pense que je serais meilleur médecin dehors… Mais après c'est mon sentiment actuel dans un service un peu difficile…

C2 : J'ai l'impression que c'est le sentiment partagé de toutes les personnes qui ont été au CHU… Mais d'ailleurs je pense que ça rejoint ça, les gens se disent « si je reste dans ce système-là, je vais devenir comme ça, être maltraitant ou du moins ne plus être bientraitant parce que je dois m'appliquer à un système et à des recommandations … ». Tout le monde veut se barrer, soit pour avoir de l'autonomie dans ses décisions soit pour sortir de ça quoi… Et c'est vrai que plus la structure hospitalière est grande, moins on peut prendre des décisions en accord avec nos patients, en prenant le temps, en en discutant, en se posant les questions avec les familles, même avec les soignant… On devrait être capable et on ne le fait pas…

Intervenant : pour vous, c'est obligatoire de devenir comme ça ? Tu disais « devenir comme ça », tu penses que c'est inévitable ?

C3 : J'espère que non, en tout cas il y a vraiment des gens bien dans l'équipe que je connais, mais être en permanence en lutte contre ça, je trouve ça épuisant… et après dans cette espèce de travail d'équipe que consiste à externe interne chef, infirmières, aides-soignantes, c'est difficile de réussir à avoir tout le monde en phase, en plus là, dans la situation d'hôpital sous tension, ou on se fait harceler par la direction tous les jours pour mettre des patients… Nous les patients sont de plus en plus lourds, ils n'augmentent pas le personnel paramédical, donc en fait elles sont complètement épuisées les infirmières et les aides-soignantes donc dès qu'il y a un bilan… En fait, elles, elles ne se considèrent plus comme bienveillantes aujourd'hui sur 22 lits quand elles ont piqué 15 patients, dont au moins 3 pour rien… Donc la quand j'ai demandé La Bio absolument indispensable que voilà, j'ai décidée de faire en toute fin de journée parce que c'est un patient qui le nécessitait, elles se mettent à craquer, elles disent « Moi je n'ai pas parlé mes patients, j'ai dit donnez votre bras que je vous pique » et c'est difficile de se confronter à elles déjà, leur sentiment d'impuissance et de quasiment maltraitance, elles ont l'impression de maltraiter nos patients et… de se sentir tenu pour responsable alors qu'on a essayé de leur expliquer que nous on a aussi envie de faire les soins nécessaire seulement pour les patients qui en ont besoin … Et voilà, moi j'ai peur que si on est quelqu'un qui reste médecin dans un service à plus long terme, en tout cas avec le système actuel de sous-effectif, qu'au fur et à mesure on devienne comme ça… Peut-être qu'après quand on devient chef et qu'on a une activité un peu mixte avec des consultations du coup on prend du recul avec l'aspect hospitalier H24, ça permet de relativiser, de mettre un peu en perspective les patients qui vont bien et les patients qui vont moins bien et jusqu'où on va… Mais s'il fallait rester interne à vie, je pense que oui, tu deviens comme ça…

C5 : Mais est-ce que vraiment dans l'exemple que tu viens de donner l'infirmière qui a piqué comme ça à la chaine et qui a l'impression d'être maltraitante, est-ce que c'est vraiment de la maltraitance, est-ce que le patient le ressent vraiment comme ça ?

C3 : Euh… nous on a déjà la moitié de nos patients qui ne parlent pas…je ne sais pas

C5 : J'ai eu le cas de mon père qui s'est fait opéré il n'y a pas très longtemps, et en fait, lui c'est quelqu'un qui a toute sa tête, et qui a aussi la vision que moi je lui donne du monde médical, lui il dit bien qu'il a vu une infirmière le matin qui est venue rapidos, qui lui a fait la piqure et tout ça, mais il n'a pas ressenti ça comme étant maltraitant, il a compris qu'elle avait pleins e chose à faire et il se met aussi à la place de ça… Alors il aurait peut-être préféré qu'elle parle de ci ou de ça, ou avoir son petit patch d'EMLA avant la piqure mais voilà, tu n'es pas forcément maltraitant, dans la maltraitance parce que tu ne fais pas une prise en charge…

C2 : Mais l'infirmière qui en fait 15… au 16ème elle sera… enfin moi, si je me mets à la place de l'infirmière, au 16ème elle est forcément plus fatiguée, et forcément moins dans la bientraitance justement…

C5 : Non ! Elle fera quand même bien sa prise de sang !

C2 : Mais elle ne fera pas sa prise de sang en ayant le sourire, en lui demandant s'il a mal, en prenant le temps avec lui, et donc du coup, son geste ne sera plus qu'un geste technique… Oui, effectivement elle aura fait sa prise de sang mais d'un autre côté, elle n'aura pas souri, elle ne lui aura pas demandé comment ça allait, elle ne lui aura pas proposé un patch d'EMLA parce qu'elle en a eu 15 et…

C5 : Sauf que ramené à tout ça, moi l'objectif de mon père c'était qu'il se fasse opérer, et qu'il sorte de l'opération comme il faut et finalement il est sorti de l'hôpital il était content, après il y a des petites accroches, des petites choses, tu ne peux pas être opérationnel partout ! Après c'est aussi là où le CHU c'est hyper compliqué mais il y a des moments où tu peux prendre le temps, et des moments où tu ne peux pas prendre le temps, et le patient peut le comprendre aussi, il ne va pas forcément se sentir maltraité si tu ne prends pas le temps de lui expliquer…

C2 : Moi je pense qu'il y a des patients au CHU qui trouvent qu'il n'y a pas le temps, parce quand tu dois attendre 2h ton comprimé pour la douleur ou pour l'insomnie parce qu'il n'y a qu'une seule infirmière la nuit, oui tu fini par l'avoir ton comprimé, donc tu es dans quelque chose de bien mais pendant les 2H ou tu as attendu ton infirmière, c'est 2H ou tu n'as pas dormi, alors ce n'est pas un problème médical, ce n'est pas une urgence, et au milieu de toutes les urgences du CHU, ou ils sont en train de mourir, ce n'était peut-être pas la priorité en soi, mais 2h de sommeil plus 2H de sommeil sur 1 jours d'hospitalisation ou 20… Et là le patient aura eu l'impression de ne pas être bientraité et pour nous c'était des petites choses, au sein du magma des urgences, mais quelque part ça l'était… Moi, quand je me suis retrouvée un jour dans un lit d'hôpital, j'ai complètement changé ma vision des choses, que justement attendre 2H dans un lit avec un gant de toilette ne pas réussir à accéder à tes pieds parce que tu ne peux pas te pencher en avant, en attendant d'avoir des soins, parce que l'infirmière et l'aide-soignante sont débordé, et bien je n'ai pas eu l'impression d'être bientraité, alors que l'opération s'était bien passée… Pareil, attendre en pleurant mon cachet d'ACTISKENAN parce que j'avais mal la pauvre infirmière qui était désolée… Elle n'était pas bientraitante envers moi, mais je ne pouvais pas lui en vouloir à elle en particulier, parce qu'elle était juste débordée, mais je n'ai pas eu l'impression d'être bientraité… E en tant que médecin, quand je me suis retrouvée là, dans ce lit d'hôpital, je me suis dit là c'est peut-être des petites choses qui font la différence…

C5 : Mais là l'exemple il est un peu diffèrent du mien, moi c'était une prise de sang, le but c'est de faire la prise de sang dans les délais, qu'elles ne font pas dans le temps qu'elles voudraient… Enfin c'était pour dire que dans le débat, il y a aussi la représentation qu'on s'en fait (de la bientraitance), et comme on aimerait que idéalement ce soit fait … Et ce n'est pas parce qu'on n'arrive pas à faire cette prise en charge idéale qu'on est forcément maltraitant… On dit qu'à l'hôpital il y a moins la place pour discuter avec le patient de ce que l'on veut faire, mais j'ai l'impression que le patient, intuitivement dans son subconscient, il va à l'hôpital, et a l'hôpital, on sait tout, tout ce qu'il a et tout ce qu'il lui faut, donc ils sont moins dans l'attente, et ils ont moins ce besoin de discussion qu'il y a en médecine ambulatoire, ou tu es face à un seul médecin… Quand tu as un mec qui s'est fait opérer il te dit « le chirurgien c'était Mr Untel, il m'a dit que c'était très grave et que j'allais mourir, du coup j'ai eu ça, très bien » et finalement ils sont contents de ce qu'ils ont eu quoi…

C3 : Pour moi, c'est encore la différence entre la performance médicale, les résultats et le reste de la PEC qui compte aussi…

C5 : Je suis d'accord, laisser les gens attendre 2H en ayant mal, ce n'est pas de la bientraitance…

Silence 10 seconde

Intervenant : avez-vous encore des choses à rajouter ?

Silence

Question 3 : moins bientraitant que ce que vous auriez voulu être et quelles en sont les raisons ?

C5 : On l'a tous dit je crois, le manque de temps…

C4 Le manque d'envie

C5 Mais non, ce que tu aurais voulu…

C4 : mais quand tu n'as pas envie parce que tu…

RIRES…

C3 : Une autre raison ? Les patients chiants, enfin c'est dans le manque d'envie, mais le patient très revendicateur qui toute façon vient et te dicte ce que tu dois lui faire, et bien après, tu as envie de faire juste de la prestation et puis point quoi … et tu as juste envie de t'assurer que les fonctions vitales vont et puis c'est tout… Est-ce que tu vas regarder les interactions médicamenteuses et bien non, je ne crois pas… Je peux imaginer les patients douloureux chronique, ou les migraineux, ou quand tu veux faire bien, tu leur demande l'agenda des crises, etc… E le patient revendicateur, qui te demande de toute façon à changer son traitement parce qu'il a lu ça ou parce que la voisine à ça, et que de toute façon il ne te laisse aucune place dans la discussion, et bien OK, finalement tu ne fais pas vraiment ce que tu aurais aimé faire…mais parce qu'il n'y a pas un bon feeling, du coup tu n'as pas envie, tu ne converge pas entre ce qu'il attend de toi, et quel est enfin qu'est-ce que toi tu attendais de la prise en charge…

Intervenant : c'est comme un problème d'accordage ?

C3 Oui, du coup tu te dis que si tu fais ce qui te satisfait toi, ça ne va pas le satisfaire lui, et que si tu fais ce qui le satisfait lui, ça ne va pas te satisfaire toi… voilà, moi c'est la prise en charge à la demande… Je me dis que c'est plus en consultation… Et en hospitalisation, au-delà du manque de temps, je crois que c'est le principal frein…

C2 : Moi c'est pendant les gardes, aux urgences, mais on l'a déjà dit, quand il est 3h du matin et que il est 3H du matin quoi… et que c'est juste la 22ème heure que tu travailles, et bien tu fais juste le minimum syndical et puis… je suis moins polie, moins avenante, moins attentive, et on me l'a déjà dit pendant mes gardes aux urgences… Et voilà, c'est un peu violent, surtout qu'on a déjà eu tout le travail derrière, toute la journée, toute la pression et en plus on nous renvoie ça… On se dit… On se culpabilise… Ça m'est déjà arrivé de me

culpabiliser à 3H du mat, on se dit « oui, j'aurais pu être au moins un peu polie, un peu attentive, un peu gentille… » Et en fait, on ne peut pas, enfin moi il y a des fois ou je ne peux pas… Ça m'est déjà arrivé un fois de l'expliquer aux patients, et dès fois, ils l'acceptent… Ils commencent à rentrer dans le lard, à dire qu'on n'est pas poli, ou pas gentil, et puis ils finissent par comprendre

C1 : Moi à part ce que j'ai dit par son stress à transmettre aux patients… Dès fois, le retard en consultation, mais je ne suis pas sûre que cela puisse conduire à être maltraitant… En tout cas on va peut-être pas aussi loin qu'on aimerait aller, ou on ne fait pas tout ce que l'on aimerait, mais je ne suis pas sûre que ça soit plus maltraitant ou moins bientraitant… Plutôt « plus vite traitant »

RIRE

C2 : cool on a trouvé un nouveau terme le « vite-traitant »

C1 : Oui, on a besoin d'aller plus vite, du coup il y a un peu moins de place à la petite discussion de fin de consultation sympathique, plus efficace quoi… Mais je ne suis pas sûre que ça rende moins bientraitant. Par contre, c'est sûr que le patient qui vient avec déjà revendicateur et est déjà persuadé du truc, là je crois que je suis non bientraitante, je me braque et là, je pense que c'est la fierté de médecin qui en prend un coup… Moi je ne supporte pas trop que l'on me dise ce que j'ai à faire, et surtout de la manière dont on me le dit… Le patient qui va me dire gentiment « j'aimerais bien ça… » ça passe, mais les patients qui sont directifs, moi je me braque et du coup, je vais peut-être finir par le faire, ou pas, ce n'est pas tant ça le truc, mais c'est qu'après, je ne ferais pas toutes les petites choses autour, reformuler, lui demander si il a des questions, toutes les petites choses qui font que je prends du plaisir à avoir la consultation et quand il n'y a pas de plaisir, je trouve que c'est difficile… En plus des fois, il ne suffit de rien, juste un détail, la réflexion dans la salle d'attente, « vous avez du retard, c'est inacceptable » je en sais pas, ça me chamboule et après c'est dur de revenir en arrière, en repartant comme si il ne s'était rien passé, et moi, je pense que je ne suis pas très bientraitante, et je ne culpabilise même pas… Dès fois je pense que je ne suis pas bientraitante, et je ne lui suis peut-être pas vu que je me suis posé la question… Je ne sais pas si c'est très clair ce que je dis… Mais en tout cas, ceux avec qui ça ne passe pas, je ne culpabilise pas trop derrière, juste il m'a énervé… je pense que ce serait surtout sur ça qu'il faudrait se remettre en question, mais je pense qu'on est que humain, et que ce n'est pas possible… que ça se passe bien avec tout le monde…

C5 : Mais est-ce que la, tu n'es pas dans la bientraitance malgré toi ? Parce que là, vous avez beaucoup insisté sur la relation, et au relationnel et à comment le courant passe entre vous, mais est-ce que tu ne peux pas seulement être bientraitant avec quelqu'un sans lui sourire ?

C1 : Je ne sais pas, je n'arrive pas à revoir une consultation, mais je ne crois pas que lui soit content de cette consultation là… Enfin, il a peut-être eu ce qu'il voulait, mais il ne s'est pas senti bientraité…

C4 : tout le monde n'attend pas les mêmes choses, peut-être qu'il y en a qui n'attendent pas qu'on leur sourit en consultation, ils en ont rien à battre ils veulent juste leur traitement…

C5 : Ce n'est pas parce que tu n'es pas jovial avec quelqu'un que tu ne l'as pas bien soigné et que tu n'as pas répondu à ses questions…

C1 Oui, mais je pense que en consultation, c'est assez réciproque comme sentiment… Je pense que je ne ressentirais pas ça si ce n'était pas réciproque… Je pense que si le patient est neutre devant moi, il n'y a pas beaucoup de raisons… Après il y a quelques consultations se sont transformées en quelque chose de bien parce que le patient était sur ses garde et qu'il se protégeait, et finalement il a vu qu'il n'y avait pas de souci et ça a pris une bonne direction… Puis inversement, je me souviens d'une consultation qui a complètement dégénéré alors que ça se passait très bien pour son fils de 4 ans qui courrait partout, et qui avait une fièvre à 38.5 depuis 2 jours… c'est histoire des antibiotiques… Mais comme il avait une malformation rénale, j'allais lui faire un ECBU et voir… mais quand elle a compris que je n'allais pas mettre d'antibiotique, elle a vrillé, en disant que « c'était inadmissible, payer 25 euros… » Et elle est sorti en disant « toute façon, chez moi j'ai encore de l'amoxicilline et je lui en donnerais en rentrant… » Et elle n'a jamais fait l'ECBU alors que j'avais appelé le pédiatre pendant la consultation, j'avais tout bien fait quoi…je pense que j'avais été bientraitante, mais avec la mère ce n'est pas passé… et je pense qu'elle ne s'est pas sentie bientraitée… Donc je pense que le relationnel est hyper important, et je pense que si je sens que ça s'est mal passé, c'est que ça s'est mal passé… Si je pense qu'il n'y a pas eu un beau relationnel c'est qu'il n'y a pas eu un beau relationnel et je ne vois pas trop comment le patient peut se sentir bientraité sans ce beau relationnel… Je pense que c'est difficile de se sentir bientraité sans un beau relationnel… Sans faire la fête et sortir le champagne, mais…

C5 : j'aurais été d'accord jusqu'à il n'y pas longtemps, mais j'ai vu un patient récemment suivi par le médecin traitant, que j'avais déjà vu une fois… Et j'avais eu un contact très très bizarre avec lui, et le médecin traitant qui est quelqu'un de très jeune et d'hyper avenant m'avais dit « oh non, ce patient, je ne peux pas le blairer, à chaque fois qu'il vient e voir, il a des demandes… » Enfin il ne me l'a pas dit comme ça, mais il le trouvait assez antipathique, à chaque fois il venait avec des demandes trop bizarres qui n'étaient pas du tout fondées, et du coup le médecin lui disait non à tout, en prenant le temps de lui expliquer… Et la deuxième fois que je revois e patient, je prends un peu le temps de discuter un peu plus avec lui et il adorait son médecin traitant quoi… Il me disait « oui, il m'explique, la dernière fois je voulais ça et en fait il m'a mis ça et tout s'est bien passé, alors que moi je pensais... » Enfin oui, tu ne te rends pas compte, alors que le médecin en lui-même me disait « ce patient, je ne sais pas pourquoi il continue à venir me voir » Et le patient était content de sa prise en charge ! Et le médecin, lui, non !

C5 : Et après il y a des choses, être toujours dans la requête du merci, du sourire, du plus…

C1 : Et bien moi, j'ai du mal à soigner sans ça, mais je pense… que je vais attirer les patients qui sont comme ça, et ceux qui n'ont pas besoin de ça, je vais les saouler à force de faire des sourires et des petites caresses…chaque médecin à la patientèle qui lui ressemble, et le médecin qui est très pragmatique, qui va donner une réponse claire, nette, sans sourire, ça ne va pas à tous les patients… Je pense que ça s'adapte bien aux patients aussi…

Tu penses à autre chose encore ?

C5 non !

Intervenant : par rapport à l'histoire des antibiotiques, en re synthétisant si je comprends bien, tu t'es sentie bientraitante en ne respectant pas les volontés de la dame…

C1 : Oui, mais c'est surtout parce que c'était un enfant … du coup, quand même, l'attente des parents ne prime pas sur ce dont l'enfant a besoin… Clairement, le stress des parents joue sur ma décision, des patients stressés je vais être plus stressé que sur des parents détendus… Et là, j'étais sûre de mon examen, cet enfant pétait le feu, je n'avais pas d'inquiétude pour cet enfant, et la mère je la sentais obtuse sur le sujet… C'était peut-être son stress qui parlait mais des fois j'avais plutôt l'impression que c'était sa bêtise qui parlait… Je lui expliquais par A+B ce que j'étais en train de faire, j'avais l'accord du pédiatre référent que j'avais eu au téléphone pendant la consultation, je ne sais pas, en plus tout était clair et fluide et machin et… je ne sais pas comment elle a compris que j'allais mettre des antibiotiques, parce que ce n'était pas logique et que c'était viral … Et quand elle a compris, que c'était doliprane… Je lui ai dit « je ne vous laisse pas sortir tant qu'on n'aura pas mis au clair l'histoire… » Mais c'était… Je sentais qu'elle n'était pas d'accord, qu'elle se renfrognait et je lui ai dit « je sens que vous n'êtes pas contente, que … Mais on en parle, vous ne sortirez pas tant qu'on n'aura pas mis au clair les choses et qu'on n'aura pas discuté… » Et on a bien discuté, après elle a compris, mais elle ne changeait pas trop de position… Pour moi, j'avais l'impression d'avoir fait ce que je pouvais, mais là ça dépassait mon rôle de médecin… Je savais que l'enfant n'avais pas besoin d'antibiotique au moment où je le voyais, j'étais dans les clous, j'ai essayé de lui expliquer du mieux que je pouvais, je trouve que je suis restée calme, enfin moi j'étais assez contente et choquée…

Intervenant : si on exporte ce cas, imagine que c'était elle qui demandait des antibiotiques pour elle, et que l'on fait sortir l'enfant de cette pièce, ça veut dire que tu peux être bientraitant sans respecter les volontés de l'autre, hors cadre psychiatrique ?

C1 : Je n'en sais rien, au début je disais non, et la oui… je n'en sais rien… ça dépend de ce qu'elle va dire derrière, je pense qu'elle va dire que l'on n'est pas bientraitant, et je crois qu'on a eu ce débat au début et je n'avais pas la même position… Je ne pense pas que je sois très stable ce soir…

C5 : La question que je voulais te poser, admettons que ce soit la mère qui te demande des antibiotiques, et que tu lui donnes des antibiotiques, tu as l'impression d'être bientraitante ?

C1 : Non j'ai l'impression d'être faible, je n'ai pas l'impression d'être bientraitante, j'ai l'impression d'être le vendredi soir et de ne pas avoir la force de lutter…

C5 : Je suis d'accord avec toi sur le cas de la mère de la 2ème version, mais dans le cas de l'enfant tu as été bientraitante ! Après la bientraitance, c'est ce que l'on dit de l'évaluation de la bientraitance, il y a des gens, tu ne pourras jamais être bientraitant avec la personne, ça dépend de comment va être fait le questionnaire… Si le questionnaire « évaluer la bientraitance… » Comment tu vas poser la question au patient ? Parce que là elle va sortir énervée, et si tu lui pose la question : « Le médecin vous a-t-il bien accueillit ? » Elle va cocher oui. « Le médecin a-t-il répondu à vos questions ? » elle va cocher oui. Et après quand elle aura le truc face à elle, elle va se dire « oui, il ne m'a pas donné mes trucs, mais… » Après elle face à elle, elle ne va pas pouvoir se dire des choses comme ça parce qu'elle n'a pas le résultat… E quand elle a dû parler de toit autour d'elle elle a probablement dit « elle n'a pas mis d'antibiotique, elle est nulle.. » mais ça c'est comme ça, c'est le bouche à oreille, mais e trouve que dans ce point de vue-là, tu as été bientraitante !

C2 : Et prescrire pour faire plaisir…

C5 : Non ! C'est comme ça que tu es maltraitant ! Tu es délétère pour le patient…

C2 : Mais c'est vrai que le patient qui te renvoie à ça… » Parce que vraiment le médecin a l'habitude, ça e ferait plaisir et j'en ai vraiment vraiment besoin… »

C1 : Mais des fois, fatiguée je craque… Je ne sais pas si vous…

C2 : Si si, ça arrive, et je ne me sens pas particulièrement bientraitante…

C1 : Mais ça ce n'est pas une question de bien ou de maltraitance, c'est une question d'humain… Je ne sais pas si je suis très bientraitante avec votre enregistrement…

RIRES

Question 4 : Quelles solutions trouvez-vous au quotidien, quand la prise en charge est efficace et non satisfaisante ?

C4 : Je pense qu'il faut améliorer la communication, qu'on synchronise notre patient avec nous pour la bientraitance…

C1 : Je pense qu'il faut l'aider à ce qu'il reformule ses attentes, lui reposer la question, est-ce que ça correspond à ce que vous attendiez et là on voit ce qu'il en attend, reformuler cash ses attentes… Mais ce n'est pas facile à faire tout le temps. Je ne sais pas si c'était ce que tu voulais dire ?

C4 : Si c'est trouver un compromis je pense…

C3 : Le recours aux familles aussi, dans le cadre des patients un peu plus chroniques…et même en hospitalisation, des fois ça permet de faire un bon relais, de peut-être un peu mieux traduire comment est le patient de base, qu'est-ce qui l'angoisse, ce avec quoi il est à l'aise, et peut être pointer du doigt ce qu'on pensait bien faire et qui était anxiogène finalement pour le patient… De se mettre en phase finalement, le médecin le patient et la famille, des fois ça aide… Je n'ai pas d'exemple précis, hyper concret, mais c'est vrai que nous, on s'appuie facilement sur les familles pour faire quelque chose de satisfaisant pour le patient….

Intervenant : d'autant qu'ils sont peu communicants tu disais ?

C3 : Oui, ils sont peu communicants, ça c'est en neurologie mais quand ils sont aussi juste communicants mais dément, ou alors aussi la gestion de la situation de handicap, nécessairement, c'est un peu différent entre la maison et l'hospitalisation… Ou quand ils deviennent handicapés après un AVC et qu'il faut envisager la suite, des fois les patients concernés, c'est complètement angoissant pour eux… Et quand on arrive, grâce aux familles, à expliquer les choses que la famille réexplique au patient, ça permet de gagner pleins de trucs dans l'information pour qu'il comprenne ce qui lui arrive, et puis grâce aux familles, réussir à voir, comment c'est à la base à la maison, comment on va réussir à réaménager à la maison et mettre en place un tremplin… Après ça va permettre de donner des notions concrètes au patient et de rassurer… Je pense que par ce biais-là, on peut être un peu plus bienveillant, parce qu'on réintègre le patient dans son quotidien et pas juste dans sa pathologie…

C5 : à l'heure actuelle, comme je suis interne, quand la consultation est efficace, je suis déjà tout à fait satisfait…

RIRES

C5 : Dès que j'ai réussi à me rapprocher du diagnostic et à trouver une prise en charge à peu près potable… j'exagère… Je pense que c'est une question qui est peut-être trop poussée pour de simples internes… Du ressenti que j'ai, je pense que ce sont des choses qu'on est encore en train d'apprendre, et qui s'apprend tous les jours, à faire sauter les verrous…

C2 : Mais justement, moi c'est ça que j'aime bien dans le fait d'être encore interne, je fais souvent appel à des médecins de l'unité…Quand j'étais au cabinet, je me sentais souvent seule et je criais souvent à l'aide, à une tierce personne, justement pour réévaluer la situation, ou dire les choses de façon différente… Et là, en hospitalier, justement, quand je sens que soit il manque quelque chose dans mon relationnel, soit dans mon diagnostic et dans ma prise en charge médicale, justement je fais appel aux autres médecins pour rajouter un plus… On fait souvent des évaluations croisées des patients en soins palliatifs et ça aide beaucoup beaucoup… de ne pas être seule avec le patient…

C5 : Donc plus de communication…

C2 : Ou un avis croisé…ou une façon de reformuler, ce ne sera pas les mêmes mots qui seront choisis, pas la même manière de communiquer, et du coup peut être que ça apportera quelque chose aussi.

C5 : Donc ça passe par une remise en question de toi, ou des soignants ?

C2 : Non, ça ne me remet pas moi en question, mes compétences, mais plus que si jamais je suis passée à côté de quelque chose, dans ma prise en charge ou dans mon évaluation, notamment l'évaluation de la douleur en soins palliatifs, c'est assez difficile, assez fluctuant, surtout sur une seule évaluation au lit du patient… Et du coup, quand je n'ai pas l'impression d'avoir bien cerné le problème, ou d'avoir bien répondu à la douleur du patient, j'ai souvent tendance à demander à mon chef de clinique de retourner voir le patient, pour en discuter avec lui pour avoir un deuxième avis, une deuxième évaluation, pour qu'il y ait un deuxième regard en fait…

C5 : Mais du coup est-ce que c'est bienveillant pour le patient ?

C2 : J'ai l'impression de l'être parce que j'ai posé mes limites en fait quelque part donc j'ai l'impression de plus l'être… Après c'est peut-être une façon de me dédouaner du problème et des responsabilités, mais…

C5 : Mais être bientraitant, ce n'est pas être bienveillant ?

C2 : Mais c'est pour ça, retour à la case départ, c'est ce qu'on a dit au début…

RIRES

Intervenant : Et tu disais juste là, que ce qui était difficile c'était d'être seul avec le patient, et on a dit tout à l'heure au contraire que c'était bien d'être dans la relation duelle…

C2 : Oui, ce que j'aime bien dans la relation duelle, c'est le moment de la consultation, notamment en médecine générale, ou on est face à face et on est seul décisionnaire donc… effectivement, c'est ambivalent… Mais le fait de pouvoir travailler aussi à plusieurs, c'est d'une grande aide, et c'est d'une grande aide pour le patient aussi… Et le fait de la consultation binaire, vraiment deux à deux et de ne pas être dans le rush de l'hôpital, c'est ça que j'aime vraiment dans la médecine générale.

Intervenant : est-ce que vous aviez d'autres choses à dire, sur les solutions que vous pouviez trouver… ?

C5 : Prendre plus de temps… ou réformer le système hospitalier ? C'est une belle conclusion pour une thèse, non ?

Intervenant : très bien, très bien…

C5 : Prendre un peu tout ce qu'on a dit, enfin on a dit que les fois où ce n'était pas satisfaisant, c'est parce qu'on en avait pas l'envie, ou parce qu'on n'avait pas les choses, donc, quand on n'a pas envie…

C1 : Avoir envie…

RIRES

C5 : Je me demande quand même, non satisfaisant, ça veut dire non satisfaisant pour soi ou pour le patient ? C'est toujours là où est la question en fait, ou est la satisfaction pour nous, ou est la satisfaction pour lui, et laquelle est la plus importante ? Et je ne pense pas qu'il y en ait une qui soit plus importante que l'autre…

C1 : C'était bien comme question rhétorique !!

RIRES

C5 : En fait dans votre truc vous dites toujours « je suis contente, j'ai bien soigné »… C'est vrai, on se base toujours sur le retour qu'on a des gens, si on a eu un bon retour… Je me dis que si le patient est content et que nous on ne l'est pas, la consultation d'après on va être de mauvaise humeur et c'est un peu un cercle vicieux… C'est aussi important que le soignant soit content de lui…

C1 : Il faudrait qu'il y ait comme dans les gares, un truc avec des smiley… Et là on est sûr que… ET quand tu prends 3 rouges de suite… Tu arrêtes de sourires…

C2 : Et tu as le pourcentage de satisfaction accroché sur ton cabinet…

C1 : Je pense que tu ne peux pas faire autrement que de te baser sur le ressenti que tu as du ressenti du patient… A moins que tu donnes une fiche à remplir à tout le monde mais après, ça perd tout… Moi le relationnel, je trouve que c'est ce qu'il y a de plus important, et si tu ne te bases plus là-dessus, tu ne peux plus être un bon médecin pour moi…

C5 : Ce que je veux dire c'est que ton ressenti à toi de la consultation dépend vraiment de… Est vraiment centré sur l'impression que tu as toi, du ressenti du patient…

C1 : Parce que je n'ai pas d'autre moyen de savoir le ressenti du patient, à moins d'appeler les patients après et de savoir si ça c'est bien passé…

C5 : Ce que je veux dire c'est que toi tu fixes ton objectif de la consultation (je pense que tu en as d'autres hein…) …

C1 : à ce qu'il soit content… même si il meure…

C5 : Non mais voilà… Je pense que le patient ne vient pas là pour être content…

C1 : Je suis content !!!

C5 : C'est qu'il ne reparte pas avec le sourire après son annonce de cancer…

C1 : Non, mais je pense qu'avec n'importe quel problème, si il repart avec une espèce de sérénité, c'est que tu as réussi ton truc...

C2 : Et c'est important pour lui, tu vois, tu dis le cancer… mais on a mis un cadre légal à la consultation d'annonce… Ce cadre c'est bien que tu ne lui dis pas juste « vous avez un cancer, vous allez avoir une chimiothérapie » c'est aussi de faire ça de façon bien, en mettant les formes, lui sourire ou pas…

C1 : Je pense quand même que ce que ressent le patient, même si ce n'est pas toujours juste, le patient peut sourire, mais tu ne sais pas ce qu'il a dans sa tête…mais ton ressenti est important… Des fois tu sens que tout se passe bien, et puis tu sens qu'il y a un truc qui ne colle pas, tu ne sais pas pourquoi, et ça c'est un ressenti qui ne trompe pas non plus… Je ne sais pas, tu as l'impression que la consultation va et que tu n'arrives pas à la rattraper et c'est là où tu te remets en question… Et je pense que c'est important les derniers échanges, comment tu te quittes, comment le patient a ressenti les choses, ce qu'il te renvoie c'est important et…même si ce n'est pas forcément la réalité, je pense que c'est un bon moyen de… Toi tu n'as pas l'impression que c'est important que le patient soit…

C 5 : La plupart du temps si, mais pas forcément… Là j'ai l'exemple du mec qui arrive, 60 ans, bon mangeur, qui a déjà de la tension, qui picole pas mal, qui a quelques amis qui commencent à flancher et qui dit ça un peu en rigolant… Et ça m'est déjà arrivé, un peu en rigolant… Mais le but c'est de lui faire peur… J'ai arrêté d'être sympa avec lui, j'ai changé de ton dans la manière de lui parler, j'étais un peu plus rentre dedans, il me parlait de truc ou il avait ça comme projet, je lui disais « non, ce n'est pas une bonne idée ». Il me dit « mais je ne vais pas arrêter de vivre… » Je me suis dit que vous son attitude et vu son comportement, il fallait un peu que je lui rentre dedans, après ce n'était peut-être pas la bonne solution mais je savais qu'il fallait que je lui rentre dedans… Et l'image qu'il allait avoir de moi en partant, c'était peut-être pas quelqu'un de sympa… Mais pourtant j'avais été à son écoute, j'avais fait les trucs, et… Je n'ai pas eu de sourire en partant… Je lui ai dit « bon courage, je reste présent » je lui ai dit que j'étais à l'écoute mais… je lui ai rentré dedans, et je lui ai fait peur, alors qu'il venait pour un truc à la con, enfin pour un tout autre motif, et il est reparti avec surement plus d'inquiétude qu'avec celles qu'il était arrivé mais…

C1 : Et toi tu t'es senti bientraitant ?

C5 : Oui

C3 : Et il est revenu te voir après ?

C5 : Non, mais ça ne fait pas longtemps que je suis en stage… après ça fait partie des relations médecin-patient à avoir… Après il y a le côté satisfaisant pour l'un et pour l'autre, et je ne suis pas sûr que l'on puisse toujours arriver aux deux… Et je pense qu'il y a des fois où il vaut mieux satisfaire le patient, et des fois où il vaut mieux satisfaire le médecin… parce que quoiqu'il arrive, on a toujours nous raison !!

RIRES

C5 : Je pense qu'on garde quand même cette position de sachant pour beaucoup de choses, et que des fois, si le patient n'a pas envie de comprendre, en tout cas les antibiotiques c'est ça, et bien il ne comprend pas… Et je ne suis pas sûr qu'on ne soit pas bientraitant quand même, parce que quand tu regardes la définition, on ne va pas contre sa liberté puisqu'il n'est pas dans la liberté de prendre un médicament, puisque la loi ne l'autorise pas… On n'est pas libre de prendre un médicament quand on n'est pas médecin… On ne va pas contre sa liberté, mais juste on ne l'autorise pas… Ce n'est pas aller contre sa liberté, mais aller contre sa volonté…

C1 : et tu crois que le patient a qui tu as dit des messages clés qui étaient très importants pour lui, tu penses que ça ne serait pas passé si tu ne lui avais pas dit autrement ?

C5 : Peut-être, tu sais je suis en stage à la campagne…

RIRES

C1 : mais peut être que le message peut passer, j'ai tendance à ne pas faire comme toi et des fois, je me demande si je n'ai pas été trop laxiste ou… Je ne sais pas faire ce que tu fais…

C5 : je ne l'ai fait qu'une fois !!

C1 : Pour moi, si tu l'as fait une fois, tu peux le refaire ! Mais est-ce que les messages passent ? Est-ce qu'on est aussi bientraitant … Tu avais raison de lui dire tout ça je pense, mais c'est vrai qu'il a besoin de quelqu'un de neutre qui le guide, et après il sait ce qu'il risque quand il sort de la consultation mais… est-ce que tu crois que tu aurais pu lui dire autrement ? Et est-ce que ça aurait été aussi efficace ?

C3 : Des fois, il faut un peu secouer les patients pour atteindre un but global de bientraitance… je me souviens d'un petit vieux que j'avais vu sur une garde, il avait fait un AVC, il était juste ataxique, rien quoi sauf qu'il ne pouvait pas marcher, et il ne voulait absolument pas rester, et il me disait « non, mais comme ça, je rentre et je meure et je n'emmerde pas ma femme ». Et là, je lui dis le truc qui est absolument ignoble mais qui était nécessaire pour qu'il reste « mais vous savez, on ne meure pas d'un AVC, on reste handicapé à vie » Alors, je n'ai pas été aussi cash que ça , mais quand même de façon à le secouer un peu, et derrière, il y avait une amie qui lui en a remis une couche, et finalement il est resté et ça a permis de réorienter le dialogue sur plutôt un projet d'hospitalisation, et de lui expliquer ce qu'on allait faire en hospitalisation, et ça a permis de changer sa façon de voir les choses et de ré entamer un nouveau discours… Après c'est sûr que sur le coup, ce n'était vraiment pas sympa, et j'avais mis un peu les formes, mais je n'avais pas non plus hyper enrobé… C'était un peu comme toi, mais bon il était aussi minuit, je savais pertinemment que c'était n'importe quoi qu'il rentre à la maison, et qu'il y avait des trucs à faire, et que si on écoutait que ce que lui il voulait, on courrait au désastre, et que finalement d'une façon ou d'une autre, on n'atteignait pas son but à lui qui était soit de mourir, soit de rejoindre sa femme à la maison…

C5 : Je pense aussi qu'on ne peut pas être bientraitant à toutes les étapes de la prise en charge, parce qu'il y a des fois ou il faut aller vite… Ça me fait penser au petit qui avait la torsion de testicule… En gros on l'a poussé sur le billard sans trop prendre le temps de lui expliquer ce qu'il avait parce que tu n'as pas le temps, et que c'est mieux pour lui d'aller vite… Il y a des moments je pense ou la bientraitance passe après, ou la bientraitance s'évalue après aussi…

C1 : en globalité

C3 : pas à un instant T

C5 : Après c'est quelle place on donne, c'est sûr qu'on essaye à chaque instant d'être dans la bientraitance, je pense que c'est des choses qui en découlent (enfin non, sinon vous ne feriez pas une thèse là-dessus) mais l'objectif global c'est toujours d'être bientraitant, mais par moment on ne peut pas, et il ne faut pas perdre de vue l'objectif final… Et si l'objectif final c'est la bientraitance du patient à l'instant T, et bien tant pis pour la bientraitance quoi !

RIRES

C5 : Pour vous donner un exemple qui est assez marrant, ça vaut le coup, quand j'étais en SAMU on allait chercher dans l'hôpital périphérique un patient qui avait un infarctus diagnostiqué aux urgences et donc on arrive aux urgences, et le patient nous attendait devant les urgences, en train de fumer sa cigarette… Je ne vous dis pas ce que le médecin a dit au monsieur mais c'était pour son bien… Mais je pense que le patient aurait pu mourir là sur le coup !!!Alors qu'à long terme, l'objectif était là, de lui expliquer…

Question 5 : Que pensez-vous d'une obligation de bientraitance ?

C1 : Je ne vois pas comment on peut parler de ça, déjà qu'on n'arrive pas à la définir…

C2 c'est tellement subjectif …

C1 : on ne peut pas l'évaluer, je ne vois pas comment on peut le mettre en place enfin… Je pense que même les patients ne peuvent pas y répondre, que nous on ne peut pas y répondre, en plus je pense qu'on a tous été patient … C'est que nos attentes sont floues… Comment dire si c'est à 100% ou à 50% ou… Je pense qu'on ne peut pas noter la bientraitance, donc on ne peut pas la rendre obligatoire, donc voilà…

C2 : A force de tirer vers une obligation de bientraitance, on serait vraiment dans une relation de séduction, dans la séduction du patient pour essayer de lui plaire, et comme tu dis, de ne pas faire au mieux de notre accord sur la prise en charge strictement médicale selon nos critères un peu objectif…On a fait des études de médecine aussi pour ça, pour avoir une certaine connaissance derrière…

C5 : C'est ça, tu peux être bientraitant sans aller chercher le sourire du patient

C2 : Et justement, si c'était évalué par le patient, j'ai l'impression qu'il faudrait essayer de le séduire, comme la petite image de smiley satisfait/ non satisfait… Et ce que nous on sait de mieux pour le patient, lui ne le sait pas forcément, donc il évaluerait peut-être la bientraitance au fait qu'on lui ait fait des grands sourires, on qu'on serait allé dans son sens, j'imagine, dans la plupart des cas, et non pas ce qui a été le mieux pour lui… l'exemple du patient qui fume sa clope et qui se fait engueuler, ou d'autres exemples… Donc pour avoir toujours les petits smileys verts et le pourcentage de satisfaction de bientraitance devant la porte de leur cabinet, et bien je pense qu'il y en a beaucoup qui mettraient le café et les chocolats dans la salle d'attente, et ça ne serait pas forcément mieux …

C5 : Moi je ne serais pas forcément pour une obligation, et je ne serais pas forcément pour m'occuper de la bientraitance du patient mais plutôt de la façon dont le soignant à l'impression de bientraiter ou pas… Parce que je pense que c'est plus important en fait, Parce qu'en tant que soignant, tu n'as pas l'impression de bientraiter, ça ne doit pas être cool d'aller au boulot en fait… et tes infirmières ne doivent pas kiffer tous les jours…. Alors que si elles ont l'impression de bien faire, même si ce n'est pas… a moins qu'elles soient complètement à l'ouest ou… en tant que tel si tu as l'impression de bien faire quand tu es personnel soignant, c'est quand même que tu dois faire un minimum de choses à peu près bien… et du coup le résultat pour le patient va s'en ressentir… Et quand on entend parler de tous les problèmes dans l'hôpital public, c'est surtout dans les soignants, les médecins, les infirmiers, tout le monde qui se plaint que l'hôpital public ne va pas bien… Mais finalement, les patients, quand on a leur retour, sauf ceux qui passent aux urgences, dans l'ensemble ceux qui sortent d'hospitalisation (ceux qui sortent vivants) sont assez contents de leur prise en charge, parce que ils ont été traités, ils sont soignés, souvent c'est parce qu'ils avaient un truc grave et finalement ils en sont relativement contents… Je pense que la bientraitance finalement elle est plus importante du côté des soignants que du côté des patients…

C3 : Je me demande aussi qui est-ce qu'on obligerait à être bientraitant… Je ne vois pas qui, dans le monde médical qui n'a pas envie à la base d'être bientraitant, je pense que même certains chefs, ils n'ont pas envie d'être pas bientraitant… mais si on exclut les grands chefs des hautes sphères qui je pense n'ont plus de perception de ce qu'ils font je pense qu'on a tous envie d'être bientraitant, mais que des fois, le système fait qu'on arrive pas à se sentir aussi bientraitant que ce qu'on aimerait donc oui, ça rejoint ce que tu dis… Plus nous mettre en œuvre la bientraitance qu'on aimerait pratiquer sur nos patients, parce qu'après, les patients sont quand même plutôt satisfait…parce que même quand on a l'impression de ne pas faire autant que ce que l'on voudrait, ça veut dire que même quand on enlève des choses, il y a des patients qui sont contents derrière…mais plus de moyens, plus d'argent, plus de temps, plus de personnels…voilà quoi… et peut être essayer de sensibiliser, je ne sais pas à la communication thérapeutique… juste la façon dont on parle au patient et dont on présente les

trucs, plutôt versant positif que négatif, un peu sur le versant comme l'hypnose… Nous on avait eu une sensibilisation un peu à la clinique mutualiste, et ils essaient de faire un peu la même chose au moins sur le pavillon de neuro, ou ils essaient de tous un peu se former avec les bases d'hypnose, comment communiquer avec eux pour que les informations qu'n donne soient moins anxiogène et qu'ils ne se butent pas juste à la première information négative…

C1 : Parce qu'il va y en avoir d'autres ?

C3 : Surtout parce qu'il y a les solutions derrière…

C5 : Tu lui annonce ses trucs pendant qu'il est sous hypnose ?

C3 : non, mais tu présentes de certaine manière que les informations vont résonner d'une certaine manière pour lui… Du genre c'était, pas sur des annonces diagnostic mais sur déjà plutôt que « est-ce que vous avez mal ? », qui donne quelque chose de très négatif, « est-ce que vous vous sentez confortable ? » Et ça passe déjà juste pas des gestes de base comme ça, après bon c'est vraiment le grade I de la formation, mais je pense qu'il y a vraiment des trucs bien à faire, pour communiquer bien avec le patient quoi… les trucs débiles « attention je pique »

RIRES

C3 : « C'est bon vous êtes prêt ? On y va avec la ponction lombaire ? » Non, on peut faire autrement…

C5 : Donc la bientraitance c'est vraiment la communication avec le patient, mais une fois qu'on a bien communiqué, il faut aussi répondre à ses attentes… Des fois, les attentes du patient, ce n'est pas exactement les attentes du médecin, et des fois la question c'est aussi comment faire correspondre les attentes du patient avec celles que tu as en tant que médecin…

C3 : parce que déjà, si tu communiques bien, ils comprendront pourquoi on ne répond pas à leurs attentes…

C5 : Est-ce que toi du coup tu auras l'impression d'être bientraitant, parce que des fois du coup, c'est peut-être un cas personnel, accepter de ne pas avoir gain de cause…

C2 : Oui et non parce que moi, tu vois, en soins palliatifs, je n'ai pas souvent l'impression d'avoir gain de cause

RIRES

C2 : il n'y a pas que des situations… il y a aussi des patients douloureux chroniques, des anticipations sur la fin de vie sans pour autant que tous les patients soient sur des phases agoniques quand même… Du coup je n'ai pas l'impression de répondre beaucoup à leurs attentes, mais on prend le temps en fait, on prend le temps, parce qu'aux soins palliatifs on a le droit de l'avoir, à l'hôpital c'est un endroit a part qui n'est pas chapeauté par les durées d'hospitalisation, qui a des chambres individuelles et c'est ce que je disais peut-être au début de la discussion mais … Ou il y a des entretiens famille dédiés, avec la psychologue, avec les soignants, tout ça crée un environnement favorable alors que les décisions médicales ne vont pas du tout dans ce sens-là… Ça crée une situation de bientraitance alors que toutes les situations sont par elles même tellement maltraitantes et horribles, horrible en soi… Et pourtant, ça fonctionne à peu près…

Silence

RIRES

Intervenant : est-ce que vous avez des choses à rajouter ?

C5 : non

Intervenant : un grand merci à vous

Entretien collectif numéro 4

Intervenant : On va pouvoir commencer par les questions, donc la première c'est juste un brain storming, pour voir s'il y a des choses un peu qui sortent comme ça spontanément sur la bientraitance, les idées qui vous viennent un peu à l'esprit.

D1 : L'opposé de la maltraitance

D2 : J'allais dire la même chose…. (rires)

D1 : Et bien du coup, être bienveillant envers les patients, faire en sorte que, déjà c'est déjà un stress assez important d'être malade, donc de faire en sorte que ce soit le moins stressant possible, et du coup d'avoir de la bienveillance envers ça, et de faire attention à tout ce qu'on dit, tout ce qu'on fait, parce que de l'autre côté c'est pas facile quoi.

D3 : De respecter le rythme des patients, de respecter sa dignité… et ouais, premier truc, c'est opposé de maltraitance.

D2 : C'est ça, enfin, et puis c'est aussi, je pense qu'il y a beaucoup d'histoire de compréhension : pas parler dans son coin, avec son langage, ça je pense c'est hyper important dans cette histoire de bientraitance. S'adapter…

D1 : Se mettre à la place, au niveau du patient, ouais. Et je pense que respecter la temporalité du patient c'est hyper important, son rythme, parce que nous on est dans notre truc tac tac, et en fait eux, ça leur tombe dessus, faut prendre le temps, et c'est pas forcément facile, quand on est dedans, pour nous, aussi.
La bientraitance des patients, je pense que c'est un petit peu aussi la bientraitance des soignants, quand même. Parce que sinon c'est pas possible. (silence)

Intervenant : Très bien. (rires)
Donc là ce qu'on fait, c'est qu'on vous a posé deux définitions de la bientraitance, c'est choisi, c'est pas pour rien, on en a choisi une assez générique qui est de l'encyclopédie Larousse, et une qui est la définition de la bientraitance selon la HAS. L'objectif de poser ces définitions, c'est comme on a dit tout à l'heure, c'est que nous on ne cherche pas à définir mais on cherche à voir une réalité pratique, une réalité clinique de la bientraitance. Voilà, du coup, vous pouvez les lire tranquillement. (silence)
Selon l'encyclopédie Larousse : « Ensemble des soins, des actes et des comportements exercés par l'entourage familial ou professionnel d'une personne et qui procurent un bien-être physique et psychique au bénéficiaire. »
Selon la HAS : « La bientraitance est une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'usager et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'usager, 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 patient, l'usager. Elle nécessite un questionnement tant individuel que collectif de la part des acteurs. »

On pourra les remettre ensuite si besoin, le but c'est juste d'avoir l'idée dans la tête de ce qui est écrit, et puis de réfléchir tranquillement derrière. Et donc, la première question : « à quelles situations cliniques ces définitions vous font-elles penser ? » Est-ce qu'il y a des choses qui sortent un peu spontanément ?

D1 : Bah toutes, enfin franchement…, c'est un peu le quotidien quand même.

D3 : Enfin moi, c'est des petits trucs tout bête quoi, mais par exemple en rééducation, ça fait partie du projet qu'ils descendent en salle à manger, et tous les jours, y'a des gens qui veulent pas aller en salle à manger quoi, et du coup, bah jusqu'où t'es maltraitant si tu leur dis « bon bah faut y aller » même s'ils n'ont pas envie d'y aller. Donc euh, c'est difficile de mettre des limites, sur qu'est-ce qui est du projet de rééducation, qu'est-ce qui est du respect du choix du patient, et voilà ça va être discuté avec le patient… l'équipe, sa famille, pour voir ce qui est le mieux pour le patient. Je sais pas si c'est très intéressant ce que je dis là…

D1 : Non mais ça fait partie du…

D3 : C'est des petites choses, du quotidien quoi.

D2 : Moi, ça me fait penser à des patients, enfin on voit pas mal de migrants à la PASS, et puis, on leur propose à tous des dépistages des IST, et du coup, bah ils nous parlent d'un problème, on donne du paracétamol (rires), et ensuite on parle de leurs IST, et puis voilà… Souvent ils nous rapportent qu'on leur parle trop de leur prise de sang et pas assez d'eux, et je pense que c'est ça, il faut avoir un retour sur ce que eux ils expriment plutôt que ce qu'est nos priorités à nous aussi. Je pense que c'est… Moi ça m'évoque ça, mais parce que c'est mon contexte actuel mais…

D2 : Moi ça m'évoque beaucoup en HAD aussi, en y réfléchissant un petit peu, comme on va chez les gens, du coup on s'impose, donc on est chez eux, on n'est pas à domicile chez nous dans nos blouses blanches, euh… confortables, on est chez eux donc c'est eux qui sont…c'est eux qui décident beaucoup de choses, ils sont maîtres du lieu où ils sont, et du coup même si on est pas censés être en situations de supériorité, à l'hôpital elle l'est de fact, de toute façon on est en blouse blanche ; ils sont allongés on est debout. A la maison c'est un petit peu différent, et c'est pas toujours évident de respecter leur quotidien, leurs habitudes, nous on a envie d'arriver, on débarque avec tout notre bazar, notre barouf, notre machin, et avec les horaires, des choses qui… et en fait c'est, y'en a certains ils nous ont dit : « mais , l'HAD c'était super, mais les horaires c'était un calvaire, parce que moi j'ai mon rituel je vais me balader tous les matins pendant deux heures, et souvent c'est des patients qui sont quand même assez graves, en fin de vie ou autre, et en fait, on essaie de

s’adapter mais de temps en temps on y arrive pas… Mais on essaie quand même de prendre en compte ça, mais c’est pas toujours évident quoi.

D3 : Même à l’hôpital, enfin moi je vois, les infirmières elles ont l’habitude de faire leur tour de médicaments à 8h, si le patient il est pas réveillé, bah… tu t’adaptes mais dans la mesure du possible quoi, tu vois, et… c’est vrai, je pense qu’à l’hôpital le patient il va être réveillé alors que c’est pas forcément son rythme…

D1 : 8h c’est sympa, parce que 7h du mat’ vas-y que je te fais une prise de sang, bonjour…
Mais en même temps, c’est compliqué de, parce qu’il faut, y’a toute l’organisation derrière, mais c’est hyper violent, moi je trouve qu’on est hyper violents quoi… Mais…

D3 : Ouais les prises de sang, nous, elles sont faites à 6h du matin, et effectivement, elles réveillent les gens pour faire la prise de sang, donc t’es assez intrusif dans tes soins, et dans…

D2 : Et en même temps c’est la désorganisation, tu peux pas t’adapter à chaque patient personnellement, enfin… c’est difficilement faisable, mais….

D1 : Bah tu fais au mieux quoi… Après à l’HAD on y arrivait vachement mieux que dans un service, dans un service il faut que nous, à l’HAD nous les résultats on les a l’aprèm, genre à 15h j’ai mes résultats bio, parce que de toute façon elles ont fait tout le tour de la Savoie avant de… enfin pour piquer donc moi, ma visite c’est à 15h, avant je fais d’autres choses mais, alors que là c’est vrai en service, tout est fait pour que à 9h, quand j’arrive, j’ai tous mes résultats, que je puisse commencer, et c’est super pratique pour nous quoi, en même temps c’est… ça pourrait être revu mais c’est difficilement organisable autrement actuellement, et puis…

D3 : Je pense qu’il y a des contraintes d’organisation du service qui font que ça… ça abime entre guillemets la bientraitance des patients quoi.

D1 : Après, dans la bientraitance, il y a les choses du quotidien comme ça, mais je trouve qu’il y a beaucoup les projets globaux, enfin le projet global du patient, après je dis ça, parce que, comme toi (D3) ou moi en soins palliatifs, enfin je veux dire, en HAD on a beaucoup d’accompagnement de fin de vie, et euh… en tant que médecin souvent t’as envie d’y aller, t’as envie de tout donner, et puis en fait, bah ça se discute et il y a des gens qui veulent qu’on s’arrête, et de temps en temps la bientraitance c’est juste savoir écouter et savoir soi-même s’arrêter même si c’est très frustrant médicalement… c’est pas évident du tout.

D3 : Oui et puis, savoir prendre… les familles tu vois, c’est vrai que, je pense que des fois on a tendance… enfin moi en SSR je trouve qu’on a le temps d’écouter les familles avec le patient, et de prendre ce temps-là, où tu écoutes le projet du patient, ce qu’il veut et…

D2 : Je pense qu’on en revient au problème de l’hôpital, et c’est pareil, il y a plein de patients qui… ils savent même pas pourquoi ils sont là, on les revoit en consultation de médecine générale ils nous tendent le compte rendu et ils nous disent : « qu’est ce qui s’est passé docteur ? » (rires). Enfin c’est impressionnant mais…

D3 : Ça va trop vite…

D2 : Et on en revient à ce système de l’hôpital, je pense qu’il est… pas génial en termes de bientraitance et en même temps, il est difficile à changer parce que, plein de contraintes quoi….

D1 : Mais c’est tellement ça… Genre l'autre fois, une patiente qui était mutée je sais pas où, et puis juste avant qu'elle mute, je me suis dit « putain, mais personne lui a dit quoi ! » Et en fait elle allait être mutée en neurochir à Grenoble, OK enfin, enfin on y est allés rapidement tu vois, quand même, mais là on se dit bah en fait, on décide des choses entre nous, et puis il faut prendre le temps d'aller le redire au patient et... Du coup de temps en temps dans ma tête, je me dis « check, c'est fait, patient informé quoi ». Mais bon après en plus, quand tu as des déments, c'est compliqué, tu vois avec la famille, appeler la famille ça prend du temps, mais c'est vrai qu’informer le patient, c'est déjà pas mal quoi...

D2 : Et puis parfois, ça passe au second plan, et c’est… (silence)

Intervenant : Et là, cette patiente, que tu n'avais pas informée, tu sais un peu, enfin qu'est ce qui s'était passé ?

D1 : Et bien tout s'est décidé en une heure, pour cette patiente tout s'est décidé en une heure : j'ai eu l'avis neurochir tout de suite, c'était une hémorragie sur déjà une HSA qui était déjà antérieure, donc on se paniquait un petit peu on lui avait expliqué à la dame, qu'on allait avoir un avis neurochirurgical, qu'on allait probablement faire un transfert, on avait préparé un peu les choses... Mais, d'un coup en une heure on a eu tout, tac la cadre et qui appelle, l'ambulance qui est prévenue, OK les papiers, nous on était focalisés sur les papiers de sortie, de faxer les ordos, et franchement en une heure tout était fait, et en fait, bah on s'est un peu précipités ; après on lui a dit, mais genre limite l'ambulancier était à la porte... « attendez deux petites secondes, on y va... ». Mais c'est juste qu'on est dans notre truc, et, en même temps quand t'as 15 patients, et qu'il y en a qui sont plus ou moins lourds, plus ou moins aigus, qu'il faut s'adapter au rythme des paramédicaux aussi, et ben parce que, commander un transport en fait, ça prend vachement de temps, tu peux pas dire « je veux un transport dans une heure quoi » ...

D3 : Oui et puis toi t'es dans l'urgence médicale, de ton truc, où il faut aller vite pour..., enfin tu vois, ça peut arriver sur n'importe quelle pathologie aiguë, ou une décompensation aiguë, ou tu vas être focalisée sur la prise en charge médicale, et tu vas oublier d'informer le patient, ou de prévenir la famille, ou de lui expliquer clairement, tu vois je pense ça arrive plein de fois où, tu prends ton téléphone, t'appelles devant lui, tu vois, en discutant de l'histoire et en fait, bah voilà, prendre le temps de réexpliquer aux malades ce que tu as expliqué en mots médicaux au téléphone quoi. Mais je pense que ça c'est, la bientraitance c'est vraiment des situations, enfin tous les jours ça arrive, vraiment, vraiment tous les jours. (silence)

Intervenant : Et là dans cette situation, tu ne t'es pas sentie... t'as pas eu l'impression d'être bientraitante ?

D1 : Bah si, parce que j'ai rattrapé le coup, mais vraiment, tu vois, mais je me suis dit : putain, en fait à deux secondes près, c'est bon quoi, la patiente elle allait se retrouver dans une ambulance avec une pauvre enveloppe, partir à Grenoble comme ça, en disant le médecin m'a parlé de neurochir ce matin, mais c'est horrible quoi. Donc là j'ai laissé, enfin si je me suis trouvée bientraitante, et je me suis excusée auprès de la patiente, je lui ai dit « je suis désolée ça va vite », mais par contre je me suis mise à sa place juste deux secondes, et c'est là où j'ai réagi, et j'ai couru dans sa chambre quoi. On m'a demandé s'il n'y avait pas un 15 15 d'ailleurs, parce que j'ai couru très vite. Mais parce que, parce que on a notre temporalité, ils ont la leur, et ça c'est vraiment très très compliqué quoi. Et même chaque service à ses temporalités : moi entre UPU, l'HAD ou les soins pal, c'est pas la même temporalité quoi, ça c'est clair et net, et à UPU là, ça va très très vite. Les choses vont très très vite, donc on essaye de prendre le temps mais..., enfin on fait comme on peut quoi, mais…

D2 : Juste les choses vont vite, mais en même temps on passe vraiment très peu de temps auprès des patients finalement par jour, et je pense que ça c'est hyper important aussi, de leur point de vue à eux, souvent ils disent mais on ne s'occupe pas de moi, alors que on s'en occupe devant l'ordinateur, et c'est pas..., et c'est difficile de... aussi tout leur retransmettre quand on passe 10 minutes dans leur chambre dans la journée, et puis... voilà.

D3 : Je pense qu'il faut se dire, si j'étais à la place, ou si c'était ma grand-mère, là tu te rends compte que voilà...

D1 : Oui mais le problème c'est que après, il faut pouvoir mettre en pratique…

D3 : Ouais, ouais, non mais c'est sûr que quand t'es pris dans l'organisation du service, dans la charge de travail, dans les coups de téléphone, beaucoup de choses qui te...

D1 : Ouais et puis sans parler des courriers, des codages, de l'administratif, de tout... Mais c'est vrai que c'est important d'essayer de prendre le temps d'expliquer. Et clairement quoi, et de faire répéter les choses, c'est trop important quoi. Pas aux déments parce que là je me rends compte que c'est cause perdue... Je tente tous les jours mais... (rires)

D3 : Je pense qu'il faut prendre du temps pour être bienveillant, c'est obligatoire d'avoir... du temps.

D1 : Par exemple ce matin, je suis un peu écœurée, parce que j'ai une patiente qui (d'ailleurs j'aimerais fortement qu'elle aille en SSR palliatif), qui a une masse dans le ventre, qui est complètement démente, et qui a une masse dans le ventre, qui peut exploser à tout moment. On a eu une discussion de pose de prothèse colique, ça n'a pas marché, ils ont essayé de la faire, ils ne vont pas y retourner, elle est complètement démente, elle a deux grosses masses, on ne va pas faire de bilan d'extension, on ne va rien faire de plus chez elle. Cette patiente, la consigne c'est si elle s'agite, si elle s'angoisse, on met de l'Hypno, si elle a mal, bon bah là on balance la morphine aussi, et on appelle tout de suite l'interne de garde. Mais les prescriptions sont faites pour que tout de suite il y ait une réponse. Ce matin, enfin dimanche matin, c'était le médecin qui était là dimanche, le médecin était écœuré, il m'a dit « je suis arrivé, elle était contentionnée au lit par les soignants, et il n'y avait pas eu d'Hypno de fait, rien de fait. » Et ça, moi mais j'ai envie de vomir quoi quand j'entends ça.

D3 : Mais pourquoi c'est pas fait ?

D1 : Eh bien du coup on a redemandé, et ils nous ont dit « c'était l'horreur, il y en avait trois qui déambulaient, elle qui s'agitait, elle a réveillé tout le couloir », et bien du coup, bah ils se sont jetés dessus, et au bout d'une heure ils ont réévalué, ils ont appelé l'interne etc. Mais pendant 1h, 1h30 elle a été contentionnée sans aucune... il y a pas eu un suivi des prescriptions. Et après j'arrive pas à leur jeter la pierre, parce que c'est tellement lourd en ce moment, elles ont -enfin bref je vais pas faire le truc-, mais sur 15 patients par secteur, elles ont 12 toilettes quoi, complètes au lit. On est l'extension du CSG et du coup elles arrivent pas à tout gérer... Mais là moi ça m'a..., cette patiente démente, je lui ai bien dit une fois, je lui ai expliqué sa pathologie, j'avoue j'arrête parce que tous les jours elle me redemande mais..., mais elle peut, c'est une bombe à retardement quoi. Et en plus les choses, alors c'était pas forcément le contexte, mais elle aurait pu être soulagée et là, eh bien non. Mais je ne peux même pas en vouloir aux soignants tellement c'était l'horreur de partout quoi. Mais ça pour moi c'était de la maltraitance, de la contentionner cette brave dame…

D3 : Bah surtout quand t'essayes d'anticiper des situations, où tu essayes de tout faire pour faire des prescriptions anticipées, des choses comme ça et qu'après en pratique, c'est pas toujours...

D1 : En tout cas, ça ne va pas se reproduire ! (Silence)

Intervenant : Mais sur la situation précédente là, dont tu parlais, tu as dit à un moment : « je me suis mis à sa place et là j'ai couru dans sa chambre » Du coup ce qui a changé, enfin ce qui a fait faire machine arrière, c'est cette espèce d'identification ?

D1 : Bah en fait je me suis dit : « non mais attends c'est pas possible, si on t'annonçait que tu vas en neurochirurgie sans te réexpliquer, c'est juste l'angoisse totale quoi, donc oui c'est l'identification, après je pense que même si je m'étais pas fait cette réflexion dans ma tête, enfin c'est allé très très vite, et puis ça m'arrive quand même souvent, en essayant, pas de me mettre à la place, mais de… Enfin si un peu, se mettre un peu à la place, même si on y arrive pas trop mais... oui c'est ça qui, qui m'a fait faire un déclic, et c'est ça qui m'a fait en fait accélérer, et franchement lâcher tout ce que j'étais en train de faire, en voyant les ambulanciers qui commençaient à arriver quoi, enfin en gros c'est ça quoi.
Mais je pense qu'on ne devrait pas avoir besoin de s'identifier pour faire ce genre de choses, ça devrait être spontané et naturel ! (rires).

D2 : Oui en même temps, tu es obligé d'avoir un recul, un peu, sur tout ce que tu fais, et le recul fait que tu es forcément un peu moins bientraitant je pense ; et du coup, tu te mets à distance, et après, pour retrouver ta bientraitance, enfin il faut trouver un juste milieu aussi, et on ne peut pas se mettre...

D1 : Parce que... Je ne suis pas d'accord avec toi, comme quoi le recul ça altère ta bientraitance, parce que pour moi prendre du recul, c'est prendre un peu plus soin de soi, et du coup au final tu es mieux traitant. Si t'es trop, t'as pas de barrières, que t'es trop empathique surtout, tu vas tout absorber mais tu vas exposer forcément au bout d'un moment, alors que si t'arrives à prendre un peu de recul sur les choses, sans mettre de la froideur, mais après je pense que c'est un équilibre qui est très très dur à trouver, et je ne sais même pas si on n'y arrive à le trouver à un moment dans une carrière mais, je pense que c'est, tu jongles un peu entre les 2 tout le temps... en essayant d'être...

D2 : Tu veux dire entre ta bientraitance à toi et celle du patient ?

D1 : Oui c'est ça. C'est ça qui est dur... (silence)

Intervenant : Quand tu dis ta bientraitance à toi, tu veux dire quoi par-là ?

D2 : Bah celle du..., en tant que, des médecins, du soignant en gros, quand même, on accumule un peu les situations lourdes, où on absorbe pas mal de choses, et puis il faut quand même, bah il faut tenir le coup, il faut savoir absorber mais sans que ce soit trop, je pense, personnel et..., et ouais c'est ça, pour pouvoir tenir sur le long terme, sinon on n'y arrive pas je pense...

D3 : Je pense que la bientraitance des soignants, elle est importante pour la bientraitance des malades et inversement quoi, donc il faut arriver à prendre suffisamment de distance sur des situations sans être maltraitant, mais, c'est ouais, c'est vraiment le juste positionnement...

D1 : C'est un équilibre qui est hyper dur quoi...

D3 : Ne pas être..., parce que si tu absorbes tout comme une éponge aussi, et bien toi tu te, tu exploses...

D2 : Oui et donc le retour sur le patient... il est pas bon quoi…

D3 : Enfin ouais si toi tu n'es pas bien parce que…, t'en peux plus de tout absorber, au final après tu n'es pas bientraitant avec les malades quoi, donc c'est vraiment avoir un juste milieu, qui n'est pas facile à trouver.

D1 : Et puis c'est dur de savoir se protéger en tant que soignant, alors je dis en tant que médecin parce que c'est ce qu'on connaît, mais on a été, je ne sais pas si les études, qui font qu'on a une... tous une personnalité comme ça, où qu'on a été formatés un peu comme ça, j'en sais rien, mais on est quand même globalement, la plupart, enfin tous ce que je connais autour de moi, très investis dans ce qu'on fait, et c'est difficile de prendre soin de soi, c'est difficile de prendre du recul, c'est difficile de ne pas dire oui à toutes les gardes qu'on propose, c'est difficile de pas dire oui à toutes les familles qui sont là à 11h30 pétantes alors que toi, bah t'as encore ta visite, et que bah tu les verras cet aprèm, c'est difficile, mais au bout d'un moment, si tu le fais pas bah..., ça explose et puis après, tu n'es plus bienveillant envers toi-même et du coup t'es agacé, t'es aigri, et je pense que c'est là où tu fais des erreurs aussi. Mais c'est hyper dur… (silence)

D2 : Enfin c'est dur parce qu'on a des humains en face de nous et pas des dossiers qu'on peut poser sur le coin du bureau et dire : « ça attendra la semaine prochaine ! » (rires)

D3 : On n’est pas en face de robots, et on est pas des robots non plus, donc tu as forcément... ton investissement personnel dans des situations, où tu t'identifies forcément un peu, enfin tu vois il y a forcément des situations où tu vas être plus bienveillant parce que, parce que tu as des situations qui te touchent, parce que tu trouves que c'est compliqué, parce que, enfin je pense qu'il y a des fois où tu as tes sentiments qui entrent en jeu aussi dans ta prise en charge avec les malades. (silence)

D1 : Ouais, enfin ça c'est sûr qu'en fonction de l'état dans lequel tu es, dans ta vie personnelle, enfin après c'est là où je pense que tu deviens un peu fortiche, c'est quand t'arrives à être toujours à peu près le même malgré ce qui se passe dans ta vie privée.

D3 : Non mais des fois, il y a des jours où, voilà t'as pas envie de voir telle famille parce que tu sais que ça va être compliqué, que tu es moins bien luné que les autres jours, que... voilà enfin des fois c'est... plus difficile (rires)

D1 : Et c'est là où je trouve que d'être en équipe c'est hyper important, mais que ce soit à plusieurs médecins ou des paramédicaux, mais c'est trop génial quoi, de décharger, même de temps en temps juste de râler à porte fermée, de décharger un peu sur tout ce qu'on a

absorbé, c'est trop agréable, ça fait du bien, c'est hyper… Et puis on se sent moins seul, et puis surtout on se sent moins, on partage un petit peu le poids porté à plusieurs, donc on répartit un peu la charge quoi, et ça, moi je trouve que c'est primordial.

D3 : C'est vrai que ce soit avec les infirmiers, les kinés ou, parce que je pense que tout le monde partage un peu ses sentiments, ou des fois tu es...

D1 : Et c'est pour ça que les cabinets libéraux de médecine gé, moi je trouve ça hyper difficile, d'être tout seul, même si t'es pas tout seul, tout seul mais quand même, t'es quand même tout seul au cabinet face à ton patient et c'est autre chose, t'as pas cet avantage, et cet atout majeur qui est protecteur je pense, d'avoir cette équipe autour de soi. Enfin moi c'est ce que j'ai ressenti en ayant un peu les deux expériences.

D2 : Je pense que le cabinet est un peu moins lourd aussi au quotidien...

D1 : Oui, oui.

D2 : Et c'est pour ça que les maisons pluridisciplinaires elle se développent aussi...

D1 : Ça c'est sur...

D2 : Le cabinet de groupe, enfin tous les trucs, en commun, à plusieurs… (silence)

Intervenant : Du coup, comme -entre guillemets- solutions, enfin comme idée de cette bientraitance du soignant, il y a le partage des vécus... ?

D2 : Avoir plus de temps (rires)

D1 : Je pense que la pression c'est un…, c'est compliqué à gérer. La pression au quotidien, et d'être harcelé tout le temps au téléphone, dès qu'on est avec une famille on est appelé 15 fois. Et c'est vrai, d'arriver de temps en temps à lâcher son téléphone et à dire, je prends ce temps pour cette famille, on me dérange pas en gros quoi, ça va j'ai des collègues ailleurs ils vont être dérangés, mais pas moi, pas à ce moment-là, quand j'annonce un truc grave. Je l'ai fait deux fois dans ma vie, c'est quand même pas énorme, c'est rien même. Mais les autres fois j'y ai soit pas pensé, soit... non en fait j'ai pas pensé quoi. Mais je l'ai fait deux fois où je savais que ça allait être compliqué, j'ai lâché mon téléphone, et là j'ai dit pendant une demi-heure on ne me voit, c'est pas possible.

D3 : Chapeau !

D1 : C'était des consultations d'annonce.

D3 : Moi j'ai jamais réussi à lâcher mon téléphone ! (rires)

D1 : J'avais des collègues sympas mais, parce que sinon, tu te dis que toi déjà, tu vas en baver, alors si en plus tu te rajoutes des difficultés c'est compliqué quoi. Bah c'est là où l'équipe elle intervient, les collègues, tu es content de les avoir !

Intervenant : Et donc là si on devait ramener, tu t'es senti vis-à-vis de cette famille, tu t'es senti mieux bientraitante vis-à-vis d'elle, d'être...

D1 : Complètement. En fait, ça a commencé l'entretien où j'ai été dérangée deux fois, je leur ai dit « excusez-moi », je suis allée poser mon téléphone, et j'ai dit là on ne me dérange pas. Et après je suis revenue, j'y ai pas pensé avant le truc, mais là en fait c'était tellement affreux comme situation que je ne pouvais pas être dérangée, c'est pas possible de dire à des gens que... enfin qu'ils vont bientôt mourir, qu'ils ont des soins palliatifs, qu'ils ont 45 ans, avec leurs enfants à la maison..., en étant dérangée tout le temps. Déjà moi j'ai du mal à le sortir mais là en plis, avec des coups de fil tout le temps, ça c'est pas gérable.

D3 : Je pense que c'est même pas question de maladie grave ou maladie pas grave, parce que moi j'ai remplacé dans un cabinet où il n'y avait pas de secrétaire, à 9h à la première consultation, le téléphone a sonné 15 fois ! Mais comment tu peux t'occuper de quelqu'un comme il faut, si en 20 minutes de consult' ton téléphone il sonne 20 fois quoi…

D2 : C'est pas faisable (rires)

D3 : Ah non, non mais, je pense que… et tu vois c'était pas grave, il venait pour une connerie je sais pas quoi mais, mais en fait tu ne peux pas être intellectuellement là, avec ton malade, si t'as pas le temps, si tu es dérangé, si tu n'es pas dans un environnement ou tu es disponible toi, intellectuellement quoi, je pense…

D2 : J'étais en stage ils avaient une secrétaire, mais les semaines où elle était en vacances, c'était ça, ouais. Et là tu vois vraiment le bénéfice que c'est.

D3 : Après je pense qu'on n'a pas appris, enfin on a appris..., on a besoin de ça quoi, on est une génération où tu vois, je crois qu'avant ils avaient l'habitude de décrocher le téléphone, je sais pas comment ils faisaient mais...

D1 : Après moi mon dernier SASSPAS, c'était, y'avait une secrétaire téléphonique à distance, que je ne branchais pas quand j'étais là, c'est que quand j'étais pas là…, donc quand j'étais là, il fallait que je la débranche, parce que, pour des histoires financières. Du coup je répondais énormément au téléphone, je l'ai fait pendant 6 mois, donc après je, j'étais habituée à, à faire…, et du coup les premiers remplacements, et en fait, bah j'avais été habituée à faire ça et donc, c'était une habitude que j'avais prise, qui n'était pas top parce que, bah tu commences ton examen, le téléphone sonne…, et puis il faut garder le fil de la pensée…

D3 : Tu arrêtes la discussion, tu dois retrouver ta discussion, où elle est avec ton malade, te reconcentrer…

D1 : Oui et puis de temps en temps, on débranche le téléphone du coup... (rires). Parce que c'est pas gérable, mais je pense que du coup il y a le travail d'équipe et il y a aussi le soutien logistique, enfin on est dedans, des conditions pas trop mal pour pas être sollicitée tout le temps, c'est un des points importants je pense. D'être pleinement à ce qu'on fait à l'instant présent, et ça, franchement, c'est rare. Quand t'es en train d'examiner quelqu'un et que tu penses pas à sa bio, à la prochaine patiente, et au machin, et bah, franchement c'est rare. Enfin moi je trouve. Peut-être que je fais pas ça bien, mais en tout cas, c'est compliqué.

D2 : Moi je suis d'accord. (rires)

D1 : Même en consult', je pense que, t'essayes de prendre peut-être plus le temps mais...

D2 : Après, moi je suis interne et du coup, et les consult' que j'ai, je suis pas trop dérangée, parce que, bah personne veut avoir l'avis d'un interne (rires) ! Ça a des avantages ! Je profite, c'est pas plus mal ! (silence)

D1 : Et puis pour la bientraitance des soignants, je trouve qu'un peu de reconnaissance aussi, de temps en temps ça fait du bien aussi.

Intervenant : De reconnaissance, c'est à dire ?

D1 : Que, bah, de temps en temps, quand on a l'impression de se démener pour tout le monde, tout le temps, et que, bah les gens en face ils sont « bah c'est normal que vous fassiez ça, tout m'est un peu dû », et bien moi je trouve que c'est difficile de prendre ça en réponse, alors que on essaye de se démener, on essaye de... alors on devrait pas avoir ce sentiment d'essayer se démener, on fait notre travail. Mais de temps en temps, d'avoir juste un « merci d'avoir pris le temps », juste ça, ça peut me sauver ma journée moi. Il en faut pas beaucoup hein, mais de temps en temps...

D2 : Ça arrive quand même...

D1 : Oui ça arrive, mais de temps en temps il y a des journées un peu noires, où ça arrive pas. Cette journée elle est beaucoup plus difficile quoi. Bien sûr que ça arrive, il y a des gens super et heureusement, et il y a des familles super, parce que souvent ce sont pas les patients qui sont enquiquinants ce sont leur famille... Mais je trouve que de temps en temps, quand on est pris pour des prestataires par les familles aussi, ça je trouve que c'est violent. La violence des familles, moi c'est surtout aux urgences, quand je fais des gardes et ben, là, moi y'a une nuit où je me suis dit « plus jamais je fais une garde quoi ». Je me suis fait insulter toute la nuit. Et bien franchement, à 4h du matin, je suis allée voir l'urgentiste et je lui ai dit : « c'est horrible ton métier », il m'a dit « c'est la pire nuit de ma vie ». On s'est fait insulter, on s'est fait violenter, et franchement, bah là, t'as plus envie quoi. Heureusement, c'est pas tous les jours ! (rires)

D3 : Des fois, t'as des chocolats ! Ou des macarons ! Ça c'est les meilleures journées ! (rires)

Intervenant : Et quand tu dis « t'as plus envie », t'as plus envie pour ces personnes-là, ou t'as plus envie en général ?

D1 : Cette garde-là, elle m'a, franchement j'aurais pu ne pas aller bosser pendant une semaine sans problèmes. Je le fais rapide mais qu'en une garde, je pense que je me suis fait vraiment insulter par 3 patients, mais assez violemment, et dans la SAUV, je me suis fait agresser et y'a le vigile qui est arrivé quoi, y'a un mec il a retourné la SAUV... Et je me suis dit « super, je suis là pour vous soigner, et vous, vous m'agressez quoi ! » Et après, sans même parler ça, parce que ça c'est hyper exceptionnel, c'est la première fois que ça m'arrive et j'espère que ce sera une des dernières fois de ma vie, et puis il y avait plein de gros costaux là, dans les urgences qui sont venus m'aider, c'était pas le souci. Mais se faire un peu agresser et puis genre « bah qu'est-ce que vous foutez, ça fait 4 heures que j'attends », alors que quand je rentre, à chaque fois je dis « désolée pour l'attente, il y avait des gens plus urgents. Point » Comme ça au moins je règle le problème, je veux pas m'étendre là-dessus. Et bien là, franchement, je pense que j'aurais pu ne pas aller bosser pendant une semaine, sans aucun souci après cette garde. Vraiment ça a été dur, franchement, cette garde a été très dure. Et mon collègue, qui est un vieux de la vieille des gardes, il m'a dit que c'était la pire garde de sa vie. Et il a 45 ans. Parce que, franchement, on a l'impression de se faire harceler pendant une nuit entière. Et bien là, en fait j'avais plus du tout envie d'être bientraitante, alors là je les aurais... enfin j'avais un peu de violence qui montait en moi quoi... Non je n'ai rien fait de violent (rires), je n'ai tué personne (rires), mais je dis pas qu'il n'y a pas des idées un petit peu violentes qui me sont passées par la tête. Et heureusement, en fin de nuit, y'a des gens un peu plus sympathiques, mais juste un peu de sympathie quoi, qui m'ont un peu radoucie avec tout ça... Mais c'est la seule fois de ma vie, ou vraiment j'ai cru que, j'allais tous les... Je sais pas ce que j'allais faire mais... j'aurais pu partir je pense...

D2 : Déjà qu'on est moins disponible à 4h du mat', alors si en plus...

D1 : Ouais puis t'as enchainé ta journée quoi, t'as 20h dans les pattes, t'es déjà en mode je suis un zombie je vais faire des erreurs je vais tuer tout le monde...

D3 : Non mais je pense que t'as plus de patience, tu bosses depuis 8h du matin, que tu te fais agresser 3 fois de suite... Et là effectivement, t'es moins bienveillant, même avec celui qui n'a rien demandé et qui a attendu son tour sagement, dans la salle d'attente...

D1 : « Oui je sais qu'il y a de l'attente mais j'en ai marre moi, c'est pas ma faute ! »

D3 : A cause des autres, et ben... T'es moins sympa toi aussi quoi...

D1 : Et du coup je pense aussi que le temps de travail ça joue aussi parce qu'au bout de 20h on est un peu moins... patients, un peu moins bienveillants qu'au bout de 2h où on est frais et dispo après le café du matin quoi.

D3 : C'est vrai que le matin, t'es plus...

D1 : La vie est rose !

D3 : Et le coup où tu as le coup de téléphone de l'infirmière, de la famille au moment où tu dois partir, est-ce que tu peux voir la famille de machin ? (rires)

D2 : Ça c'est sûr, moi j'ai vu une dame compliquée un jour, chez le prat' un vendredi soir à 19h30, ça aurait été beaucoup plus simple un lundi matin à 9h, ça c'est sûr que... Bah comme on disait on est humains, de toute façon et du coup… Quand on le sait, on fait avec mais...

D1 : C'est comme les prescriptions d'antibiotiques, à 9h du mat' tu dis « non », à 19h tu dis « allez, je te file des antibiotiques, mais vas-y, j'en peux plus » (rires). Tes convictions au bout d'un moment, il est vendredi 19h...

D3 : C'est le troisième rhino qui te demande des antibiotiques...

D1 : Ok, c'est bien parce que c'est vous hein ! (rires). Non mais c'est horrible, mais franchement ça dépend de ton état d'esprit quoi, et des fois t'as envie et puis tu... (silence)

Intervenant : Est-ce que vous avez des choses à rajouter ou on passe à la question suivante ?
Donc question 1.bis : « Pouvez-vous évoquer ici une situation où vous vous êtes senti pleinement satisfait de la PEC, ou vous vous êtes senti « bien-traitant » ? » S'il y a une situation comme ça, que ça vous évoque, ou vous avez eu ce sentiment…

D3 : Alors moi j'ai une situation, quand j'étais interne, j'ai pleuré même… En fait, j'étais en stage en infectieux, et on avait une dame… je sais plus exactement l'histoire clinique, bref on s'en fout, mais elle avait une histoire infectieuse qui durait depuis des mois, avec des infections à répétition, notamment de voies veineuses centrales, et il fallait une nouvelle fois la reprendre pour enlever sa VVC, lui remettre du Cubicin, une antibiothérapie IV hyper compliquée…, et cette dame elle en avait marre, ras la casquette, et puis en fait quand t'es interne, bah c'est toi qui va parler aux gens pendant 3 heures pendant que tes chefs ils sont là une fois par semaine à la visite quoi. Et du coup, tous les jours, elle nous disait : « moi j'en ai marre, je veux rentrer chez moi, j'en ai marre de ces perfusions, j'en ai marre de tout ça, je veux voir mon chien. ». Et en fait, on a fait la visite avec le chef le jour du chef, le mercredi, et là quand il a dit « bon bah on va enlever la VVC, on va remettre du Cubicin », je me suis mise à pleurer en disant « Faut pas faire ça, faut la laisser tranquille, elle veut rentrer chez elle, mourir chez elle, voir son chien ! ». Et du coup, et bien mon chef il m'a regardé comme si j'étais folle… (rires), déjà, premier coup, et après, qu'est-ce qu'on a fait ? Et bien on a rediscuté avec la patiente, la famille, les soins pall' sont venus, et on a décidé de pas mettre cette antibiothérapie, au bout de je sais plus combien de mois d'hospitalisation, chez une dame qui était dénutrie, et où de toute façon ça marcherait pas, et elle est rentrée chez elle, avec les soins pall', en HAD je crois d'ailleurs, et elle est morte tu vois, 2-3 semaines plus tard, et c'était ce qu'elle voulait quoi, donc c'était… hyper satisfaisant. Une petite victoire ! (silence) Mais bon, c'est pas facile de dire en plus quand t'es pas d'accord, avec tes chefs, tu vois quand t'es interne, c'est…, faut se battre quoi.

D1 : C'était toi qui savait ce qu'elle voulait quoi.

D3 : Bah quand t'as pris le temps, d'écouter la famille, d'écouter la patiente…

Intervenant : Et là le fait qu'elle soit décédée, pour toi ça ne change pas le fait que tu t'es sentie…

D3 : C'est ce qu'elle voulait ! Elle elle avait parfaitement compris que si elle n'avait pas une nouvelle pose, enfin l'ablation de sa VVC, une reprise chirurgicale… elle avait compris la dame… : elle avait toute sa tête, sa fille était très au clair… Après voilà c'était pas, elle avait je sais pas, 88 ans, elle avait enfin voilà… Enfin après voilà, c'est du soin palliatif en infectiologie, c'est pas… souvent c'est pas évident parce que effectivement c'est pas la situation classique : t'as un cancer, des métas partout, c'est évident que, tu vois, tu vas faire du soin pall' quoi…

D1 : Facile quoi ! (rires)

D3 : Non mais, non mais c'est vrai ! Non mais le problème c'est que c'était pas dans la tête des infectiologues de lâcher en fait, tu vois, parce que t'es dans des situations où t'es à tout prix curatif, et juste le fait de dire « bah là on arrête », bah en fait d'arrêter c'était être bientraitant pour la dame quoi.

Intervenant : Donc pour toi c'est plutôt écouter ce qu'attendent les gens ?

D3 : Ouais…, ouais c'est écouter ce qu'ils veulent eux, ce qu'ils ont… dans la mesure où ils ont compris ce qu'ils avaient quoi, en leur expliquant… les conséquences de ce que tu fais, des actes, de… (silence)

D1 : Moi j'en ai une qui me vient en tête, mais c'est un peu le même genre, mais c'était vraiment chouette. C'était une dame en soins pall' qu'on prenait, avec les pneumos ou avec les soins pall' en HAD, c'était une Roots de 47 ans, qui avait un cancer du poumon, qui avait clopé toute sa vie, qui avait passé pas mal de temps au Togo, et du coup elle était rentrée chez elle en HAD, elle était en soins pall', grand hamac au milieu du salon à fumer des pétards de partout et tout pas de soucis, et elle me dit « moi y'a une chose que je veux », elle avait bien tout compris, qu'elle allait bientôt… enfin voilà on était vraiment dans des soins de confort, « j'ai trop envie de retourner au Togo ». OK. Donc là on s'est un peu battus, alors je lui ai, j'ai bien discuté avec elle, ses fils et son mari, de comment ça allait se passer, les risques qu'ils prenaient… Et puis je voulais quand même une adresse là-bas, voir un peu s'il y aurait des soins ou pas, nous on s'est juste occupés de l'oxygène pendant le transport, c'est tout, elle était sous oxygénothérapie, alors en Afrique c'était… compliqué. Et en fait c'était un peu la mission quand même, même carrément je me demande si elle avait pas un peu de flotte dans les poumons aussi mais…, enfin pas des ponctions itératives mais elle était bien dyspnéique quand même. Elle est allée au Togo, elle est revenue du Togo et en revenant elle m'a dit « au début, j'ai commencé à vouloir me balader à droite à gauche, et puis après je me suis rendu compte quand même que j'étais fatiguée, donc c'est plutôt les copains qui sont venus me voir. Après je suis rentrée. » Elle est morte au bout d'une semaine en rentrant en France, dans sa maison à Aix les Bains. Et bien franchement…, j'ai jamais revu son mari, ou son fils, parce que… c'était horrible hein, 47 ans, enfin je sais pas, vous imaginez, c'était l'horreur, mais là moi c'est pareil, de l'avoir écoutée, de s'être dit : « bon bah c'est pas gérable, bon c'est quelque chose d'un peu exceptionnel aussi, on envoie pas tous les soins pall' au Togo non plus (rires), mais… c'est chouette, et au final, j'ai pas du tout eu de retours, de la famille, rien, je l'avais juste eu au téléphone le mari, quand ils sont rentrés il m'avait juste expliqué ça, et puis on avait adapté les traitements parce qu'elle s'aggravait et puis elle est morte chez elle, peut-être même dans son hamac… non mais j'exagère mais elle est morte chez elle, comme elle voulait, etc. Et bah…, j'étais hyper contente. J'étais triste, mais j'étais hyper contente, parce que là, je me suis dit : « franchement, cette dame qui demandait juste de ne pas souffrir et qui voulait juste retourner au Togo, bah c'est les 2 objectifs qu'elle a eus. ». Et là, j'étais hyper contente. C'était cool…

Intervenant : Donc ça rejoint un peu le côté construction commune en fait ?

D1 : Ouais, c'est pour ça c'est un peu la même chose mais…, mais quand même c'était chouette.

D2 : Ouais, et puis c'est pareil je pense que ça va avec, on peut pas être content de ce qu'on fait, si le patient est pas d'accord avec la prise en charge… Enfin, forcément, forcément, les fois où on se sent bientraitant je pense que c'est qu'on a fait quelque chose en accord…, enfin en accord commun quoi.
Enfin moi j'ai pas de situation particulière en tête mais, je vois pas comment on peut se sentir bientraitant si le patient il était pas d'accord avec la prise en charge, ça me parait juste… (rires)

D1 : Ouais, et de temps en temps t'es pas content je trouve, quand le patient il est pas en accord avec toi et que dans ta tête t'es là « oh merde, fait chier quoi »

D3 : Ouais, enfin tu le sais que…

D2 : Et du coup, c'est pas les situations-là où tu te sens bientraitant…

D1 : Non, au final, bah si, tu te sens bientraitant si au final tu t'adaptes à ce que te dit le patient. Mais de temps en temps, c'est un peu énervant, t'as envie d'un truc, et puis il veut pas, et toi…

D3 : T'essaies de le convaincre et tu…

D1 : Tu discutes, tu reposes les choses, attendez on va reprendre un petit peu, est-ce que vous avez bien compris, on reformule, on prend le temps tout ça… Non toujours pas ? (rires) Bon c'est pas grave, mais de temps en temps c'est un peu frustrant… Mais après c'est pas notre vie, enfin, c'est à eux de décider, il faut qu'ils soient acteurs de la prise en charge. De temps en temps c'est dur, mais il faut qu'ils soient acteurs… (silence)
Mais enfin, on a bien des exemples où on s'est sentis hyper bientraitants ? (rires) (silence)

D3 : Vous en voulez d'autres… (rires)

Intervenant : Vas-y, tu en as d'autres ? (rires)

D3 : On est plus souvent maltraitants que bientraitants…

D1 : Non mais pleinement bientraitants… ? Tu vois une totale bientraitanc-itude…

Intervenant : Déjà, deux exemples, je trouve que c'est hyper cool…

D2 : Bah après, t'as toujours le mec qui vient pour une angine, qui a un streptotest positif, il voulait des antibiotiques, tu lui donnes des antibiotiques… (rires) Et tout le monde est content !

D3 : Ça c'est par hasard quoi, la bientraitance par hasard ! (rires)

D2 : Bah n'empêches que au moins, on est tous satisfaits à la fin de la consultation quoi !

D1 : Et quand t'as pas à monter au conflit, c'est chouette.

D2 : Y'a toujours des petits trucs comme ça, où on est content, après… effectivement y'a un peu de hasard (rires)

D3 : Non mais t'as toujours des petites anecdotes sympas tu vois… Une fois on avait fait monter un chien dans l'ascenseur de l'hôpital, c'était encore le vieil hôpital, et en fait en neuro, tu sais premier stage d'interne, et moi je suis toujours… Pareil, la vieille, qui veut voir son chien avant de mourir (rires). Et genre, on l'avait, non mais je te jure, en fait, c'est interdit à l'hôpital d'amener des chiens ! (rires) Du coup on avait fait une mission commando (rires), sa famille, c'était un peu… derrière le dos de l'administration et machin truc, donc on avait vu avec la famille, c'était pas un trop gros chien, et du coup sa famille lui avait emmené le chien, dans un petit panier, dans les ascenseurs discrètement et tout… Et la dame, elle pouvait pas du tout se déplacer, enfin tu sais des fois il y a des situations où tu dis « bon ben, descendez en bas machin truc », mais là la dame c'était vraiment une fin de vie machin truc, et sa famille lui a emmené son chien dans la chambre discrètement… Tu sais c'est des trucs t'es content quoi, parce que ça sort des situations un peu… courantes et en même temps t'as l'impression que c'est une victoire quoi, tu vois c'est un petit truc mais… Et t'as vraiment, c'était..., c'est pas tu vois, c'était… pas le rêve de la patiente mais c'était ce qu'elle avait besoin, à l'instant t où elle était pas bien quoi, et c'était… elle avait plus besoin de ça que… des antalgiques, que tout ce que tu pouvais lui proposer quoi, donc c'est… Mais bon c'est toujours un peu la même chose, c'est effectivement entendre ce que veut le patient, ce qu'il a besoin, ce qui lui ferait plaisir… et voilà voir, jusqu'où c'est possible dans l'hôpital et dans l'organisation de l'hôpital.

D1 : Quelle adaptation tu mets avec quoi…

D3 : Bah ouais, jusqu'où tu peux… Bon après c'est des petites choses hein, mais tu peux toujours je pense, faire des petites choses pour, améliorer la prise en charge de ton malade. (silence)

Intervenant : Et tu dis, enfin tu as dit tout à l'heure « on est plus souvent maltraitants que bientraitants » ?

D3 : Bah non mais tu vois, parce que on avait plus d'exemples où on avait été maltraitants que d'exemple où on est bientraitants quoi…

D1 : Après là, c'est le « pleinement satisfait de la prise en charge » quoi, parce que tu vois là j'ai plein d'exemples en tête, mais il y a toujours un petit truc qui m'a énervé. Donc le « pleinement », il limite vachement mes exemples.

D3 : Mais je pense que aussi, on… Finalement bientraitants on devrait l'être tout le temps, donc, je pense que ça te marque un peu moins aussi, quand t'es maltraitant tu t'en veux tu vois, parce que c'est pas une bonne prise en charge, et ça te marque, ça te fait de la peine enfin tu vois… et tu le vis pas bien quoi…

D1 : Bah en ce moment je peux dire que je suis bientraitante avec une patiente… non mais c'est vrai je vais la voir 3 fois par jour, je prends le temps, c'est elle où je dis toujours « je vais voir madame machin », parce que, elle est hyper anxiodépressive, en plus…, bref je vous passe les détails, et je vais la voir 3 fois par jour, et à chaque fois qu'elle me voit, je vois le smile sur son visage… Non mais c'est hyper important, et en fait, sa fille elle me dit, non mais il faut que ce soit vous qui continuiez à la voir parce qu'on a créé ce lien, c'est une dame complètement anxiodépressive, qui en plus à une insuffisance respiratoire avec des benzo de partout, alors je vous explique même pas le bazar… Et pareil, y'a une pneumo de ville qui voulait lui mettre une VNI, et en fait elle a 85 ans, on en a discuté elle aura pas de VNI au long cours, on en a rediscuté avec d'autres parce que c'est pas possible, et cette dame et bien en ce moment, et là je vais aller en face à l'unité hivernale, et bien je reviendrai, je pense au moins tous les jours la voir un peu, parce que je sais que pour cette dame, je lui fais du bien. Je peux pas dire ça de tous les patients, mais là c'est important de prendre le temps, de tout réexpliquer, et à chaque fois ça va un petit peu mieux, elle est un peu moins polypnéique après le passage etc. Bah ça, elle, j'ai l'impression que c'est de temps humain qu'il lui faut, plus que… une VNI alors qu'elle a 85 ans. Bref, là en ce moment je me sens bientraitante pour cette dame (rires)
(silence)

Intervenant : Et quand tu disais tout à l'heure « j'ai plein de situations qui me viennent en tête, mais il y a toujours un petit truc », c'est quoi ces petits « trucs » … ?

D1 : Bah, je suis un peu exigeante tu vois donc, avec moi-même aussi donc… c'est vrai que des fois je pense que, je pourrais être bien plus satisfaite de plein de choses : ben, de pas avoir eu tous les avis que j'aurais voulu, de pas avoir eu… l'avis cardio, elle l'aura à distance parce que avoir une ETT dans cet hôpital c'est juste l'horreur, de lui faire faire des choses en externe alors que j'aurais bien aimé tout boucler ici… de pas avoir eu son petit-fils parce que, bah il est pas joignable et que c'est lui qui gère plus les choses, donc tu laisses un pauvre courrier… Des petites choses comme ça… Ou, ben après aussi, et ça je pense qu'il faut mettre à part, mais de temps en temps c'est difficile de dissocier : de pas avoir réussi à trouver le bon diagnostic, de pas avoir réussi à améliorer les choses, de rester dans une situation précaire, chronique, grabataire, mais ça c'est pas de ta… enfin c'est différent mais j'arrive pas trop à faire la distinction quoi… Si les gens sont malades, c'est pas de notre faute, mais de temps en temps, on est contents quand ils guérissent quoi… Voilà…

D3 : Oui mais là c'est toi, prendre ta distance...

D1 : Non mais je suis bien d'accord avec toi... Non mais c'est exactement ça, mais du coup c'est vrai que, bah de temps en temps, voilà quand je fais du palliatif... moi presque toutes mes situations où je suis pleinement satisfaite, je peux vous sortir presque que des

situations palliatives. C'est quand même moche mais..., bah parce que là, j'ai pris le temps, j'ai revu la famille 15 fois ; avant de les prendre en charge en HAD, j'ai rencontré la famille, j'en ai discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire tous les mardis matin, j'ai pu faire des visites à domicile, j'en ai parlé avec les médecins traitants, j'ai vraiment pris le temps de faire ça bien, enfin j'ai essayé, et là moi je suis pleinement satisfaite.

D3 : Peut-être aussi parce que tu es plus à l'aise dans ces situations médicales, où tu vois, maintenant tu es habituée... à prendre en charge des patients comme ça, tu sais faire avec les familles... Tu es, tu vois…, et tu en discutes avec les équipes en RCP, enfin tu vois tu te retrouves, tu t'y retrouves toi, parce que t'es à l'aise et du coup t'es bientraitant avec ton malade.

D1 : Mais après, l'angine à strepto, ça me satisfait aussi, hein (rires)

D2 : Mais c'est ça, je pense qu'il faut se dire, on n'y pense pas forcément, mais c'est important de se dire qu'on est pas bientraitant que dans les situations compliquées, et les soins palliatifs, parce que, y'a plein de petites situations qu'on oublie, parce que c'est de la répétition, et je pense... après voilà moi je les ai pas en tête parce que je les oublie aussi, mais c'est important aussi de se dire qu'on est bientraitants... au quotidien. Ça fait partie de notre bientraitance à nous de nous dire qu'on est bientraitants au quotidien !

D3 : Bientraitants au quotidien

D1 : Mais comme tu le disais tout à l'heure, parce que c'est parce que c'est ce qui nous marque, c'est pour ça qu'on sort ces exemples-là, parce que c'est vrai que oui, je pourrais vous parler de la découverte d'ACFA de la semaine dernière, où j'ai sauvé sa vie en lui instaurant un traitement, il est rentré chez lui, tout allait mieux, tout ça bien, mais c'est vrai que ça marque moins que le Togo quoi ! (rires)

D3 : C'est vrai, ou le chien de service de neuro quoi ! (rires)

D1 : Mais les soins palliatifs on s'oblige aussi à prendre du temps, plus de temps que pour les autres...

D3 : Ouais, je sais pas si on s'oblige, mais c'est que c'est naturel aussi de...

D1 : Oui, peut-être qu'on s'oblige c'est pas le bon mot mais... c'est des situations qui demandent plus de temps et quand on y passe plus de temps, et ben forcément on est un peu plus satisfaits, parce que, on aimerait faire ça avec tout le monde mais... (silence)

Intervenant : Est-ce que ça vous va de passer à la question numéro 2 ? « Quelle place cette notion occupe-t-elle dans votre pratique ? » On a déjà bien commencé à y répondre je pense...

D3 : Bah on disait que ça devrait être quotidien et pas que sur des maladies graves, ou... Même si ça nous marque plus dans certaines situations que d'autres... C'est du quotidien quoi.

D1 : Ouais, je pense quand même. On y est tout le temps quoi. Alors pas la notion de me dire « faut que je sois bientraitante », mais enfin quand même on a été formés, pour pas être des maltraitants quoi.

D2 : Oui, mais je pense que surtout c'est pas la notion de bientraitance qu'on a, mais la notion de maltraitance qu'on a plus, au quotidien... enfin de non maltraitance, du coup...

D1 : J'avoue que bientraitance, j'ai rarement entendu ce mot. C'est, je pense, c'est rare qu'on dise le mot bientraitance, le mot maltraitance, par contre, on en entend beaucoup parler. Mais après, moi je trouve que quand même, on y pense tout le temps, enfin j'espère... mais pas ce mot quoi. On va dire l'idée. (silence)

Intervenant : On passe à la question 3 ? Ou vous voulez rajouter…

D3 : Oui, elle nous inspire pas trop cette question-là ! (rires)

D1 : Je sais pas, moi je trouve que c'est bien résumé non ? (rires)

Intervenant : « Dans quelle situation vous êtes-vous senti moins bien traitant que ce que vous auriez voulu être (au-delà de la prise en charge médicale pure) ? Quelles en sont les raisons à votre avis ? ». Pareil, on a commencé déjà à en parler…

D3 : Bah c'est ce que tu as dit, D1, c'est quand… tu aurais voulu annoncer quelque chose mais t'as pas eu le temps…, ou tu as été pris dans ton train-train, ou... (silence). Les raisons, bah voilà : t'as pas le temps, ou t'es dérangé...

D1 : Ouais mais y'a des fois où, j'ai un quota de temps avant des vacances, et quand j'ai pas pris de vacances depuis tant de temps, et bien je suis vachement plus agacée, je suis beaucoup moins patiente, ça c'est clair et net, et là j'ai pas de situation en tête, parce que je reviens de 6 semaines de vacances alors je peux pas trop parler (rires), mais là, je pense que mi-novembre, juste avant de partir, il y a des fois où j'ai dû être hyper moins bien…, moins patiente, moins... mais parce que moi j'en avais ras le bol, qu'il fallait que je fasse un break quoi. Ça je pense que c'est... j'ai pas une situation précise mais je me suis sentie même, à un moment, un peu danger quoi. Là on parle de la prise en charge médicale pure, mais y'a un iono qui m'est passé sous le nez, et ça m'a soulé quoi, heureusement que je l'ai vu le lendemain,

même que l'interne l'a vu le lendemain parce que... ça aurait pu être même dangereux. Et puis je l'ai pas rappelé, ça me saoulait de rappeler, j'en avais ras le bol, fallait que j'arrête. Et bien là, j'avoue, que j'ai pas été « pas aussi bientraitante que j'aurais voulu l'être »

Intervenant : Du coup-là ça rejoint plutôt le côté bientraitance des soignants... ?

D1 : Oui, dans ce sens-là oui, parce que là, j'en avait ras le bol. Et puis j'avais eu ma nuit, ma garde horrible deux semaines avant, pour bien finir l'année, mais non non, là j'en avais marre quoi. C'était une petite saturation. Et là, on revient sur l'équilibre, qui n'est pas facile à trouver, mais un jour on y arrivera ! (rires)

D2 : Moi ça m'évoque un peu, dans toutes les gardes où on est appelés la nuit, dans les étages, parce qu'il y a un petit vieux qui est déambulant, ou qui crie un peu, qui, en fait, réveille ses voisins, et qui embête le personnel qui est dans le service, et à chaque fois on est appelés pour lui mettre un traitement pour qu'il dorme, et en fait… moi à chaque fois moi ça m'embête, parce que ce sont des situations - j'en ai pas une plus qu'une autre en particulier, parce que c'est toujours un peu les mêmes-, mais, finalement c'est un peu... Les vieux à cet âge-là ils dorment jamais très bien, et si ils crient, c'est pas parce que ils ont des voisins qu'il faut qu'on les empêche de crier, surtout par voie médicamenteuse, et en fait c'est juste parce qu'on est un peu en manque de moyens aussi, mais, enfin je sais pas mais ça, c'est toujours une situation où quoi que je fasse, ça va pas ! Et je me sens pas bientraitante, clairement, non ces appels...

D3 : Parce que tu fais avec les contraintes organisationnelles du service, avec le fait que l'infirmière elle soit toute seule, et qu'elle est débordée aussi, et puis les autres aussi... Pour être bientraitante avec les autres...

D2 : Quand t'as plein d'autres patients malades à côté qui ont besoin de dormir...

D3 : Des fois j'avoue... Moi j'en ai un, il déambulait, y'a une patiente elle a pris une canne, elle s'est sentie agressée... Tu sais pas quoi faire d'autre que sédater un peu celui qui s'agite quoi, même si c'est pas satisfaisant pour toi, au niveau de ta prise en charge, mais que, voilà, si il était tout seul, dans sa maison, ça gênerait personne, mais comme il est à l'hôpital, et qu'il va déranger les voisins, au milieu de la nuit, alors que les voisins sont... tranquilles, tu vois c'est... Ouais je pense quand même, le manque de temps, le manque de moyens, ça fait que t'es... moins bientraitant.

D1 : Je me rappelle mes premières grandes gardes, je prenais le temps de les raccompagner au lit, ça me prenait ½ heure, mais ça s'était mes 2 premières grandes gardes, et puis je me faisais pourrir par les infirmières... et puis après, tu peux pas... et puis ça marchait pas forcément...

D3 : Et puis en fait ça marche quand t'es là, et puis bien sûr dès que tu pars...

D1 : Ils te rappellent en te disant « oui mais t'es partie, alors ça marche plus ! » (silence)

D2 : Je le fais de temps en temps, quand j'ai le temps, et la motivation... Mais c'est vrai que c'est pas tout le temps !

D1 : Là je retrouve un peu, comme tout à l'heure..., à 4h du matin, je suis un peu moins bientraitante qu'à 8h du matin.

D3 : Enfin ça dépend, si c'est la fin de ta garde à 8h, t'es encore…

D1 : Oui, t'es tellement content, bientôt l'heure de partir (rires)

D2 : A 7h30, t'es vraiment bientraitant !

D1 : Comme à la fin d'une longue période sans vacances, et bien, je suis un peu moins bientraitante que quand je rentre de 6 semaines off, ce qui devrait être obligatoire pour tout le monde ! (rires)

D2 : Et puis après il y a le contact avec le patient aussi, quand ça prend pas... En fait, bah il y a des gens avec qui ça passe pas... et quand ça passe pas, et bien : on explique moins bien, on prend moins le temps... ça ça joue aussi.

D3 : Après c'est là où il faut savoir laisser la main, moi je sais que des fois il y a des patients, où des fois t'en peux plus… Par exemple un patient qu'on suit, entre l'HAD et le SSR, tu vois toute sa vie il habite soit en HAD soit au SSR, mais voilà au niveau médical c'est un patient qui est compliqué à prendre en charge et, c'est bien que moi je souffle quand il est pris en charge en HAD, l'HAD souffle quand il est pris en charge chez nous... Et voilà…

D1 : On est un trio en fait, on est 3 référentes, il ne jure que par nous 3, et on se refile le bébé...

D3 : On arrive pas à être toute seule avec lui quoi, c'est 3 docteurs, chacun son tour (rires)

Intervenant : D2, quand tu parlais de relationnel, avec les patients, avec certaines personnes, qu'est-ce que tu entends par là ?

D2 : Et bien, le contact... c'est comme les amis, il y a des gens avec qui on est amis, des gens avec qui on serait moins amis, et bien il y a des patients avec qui… bah on a envie d'être médecin, et d'autres avec qui on a moins envie... Je pense, mais c'est parce que il y a des patients avec qui on arrive à discuter, à papoter... Enfin discuter et papoter, pas forcément, mais... ouais, le courant il passe quoi, et c'est

pas le cas... il y a des patients qui nous rebutent, je pense malgré nous... Et, forcément, quand on est moins... on a moins envie de passer, enfin on a moins envie de discuter avec des gens, je pense qu'on est forcément moins bientraitants...

D1 : Je suis tellement d'accord avec toi... Là on a une chambre de ronchons en ce moment, non mais c'est la chambre, genre où on tire à pile ou face pour savoir qui va y aller quoi... En plus ils sont machos, c'est l'interne qui y va, et après toi tu passes derrière et il te dit « mais y'a déjà le docteur qui est passé, c'est pas des gens de 25 ans qui vont me faire des diagnostics ! » Alors déjà, c'est pas le docteur, c'est l'interne, et j'ai pas 25 ans, et c'est moi son chef, donc on va se calmer ! Mais ça toute la journée, bon c'est vrai qu'au bout d'un moment c'est vrai qu'on fait l'essentiel, on plie le truc rapidement, et effectivement, quand le contact est compliqué, quand les gens ils sont un peu dans le « tout m'est dû » de tout à l'heure, quand ils sont tout le temps à réclamer, à râler tout le temps, c'est usant, c'est fatigant. Et de temps en temps, ceux-là on accède finalement plus rapidement à leur demande alors que ça nous gonfle, mais parce qu'ils font que de râler quoi. Et l'autre, qui est tout gentil et qui se tait, et bien, on l'oublie un peu...

D3 : C'est ça qui est triste… ! Parce que franchement des fois t'as l'impression que tu prends plus de temps, et que t'es plus bientraitant avec celui qui est pénible, alors que celui des fois qui n'a rien demandé…, et bien, alors qu'il mérite autant, tu vois, bah tu lui accordes moins d'attention, alors qu'il est hyper gentil.

D1 : Le caractère, le feeling, le contact que tu as, et le lien de confiance que tu peux créer aussi, parce que tu peux ne pas t'entendre avec ton patient, c'est pas le but recherché je trouve, mais de… t'as juste un minimum d'amabilité, de courtoisie, de rapport humain quoi.

D3 Mais ça on devrait pas...

D2 : Oui et puis de confiance réciproque...

D1 : Après, une fois que... même si c'est un ronchon, mais au final, c'est un ronchon sympa, c'est un papinou ronchon mais au final on l'aime bien le monsieur de la 8 fenêtre, mais, au final, et bien y'a une relation de confiance qui s'instaure et puis on y arrive. Et après, c'est apprendre aussi à savoir comment le patient communique, et à quoi il est réceptif. On peut lui parler pendant 10 minutes, et on va lui demander « qu'est-ce que vous avez compris ? » « bah, que j'ai un examen tout à l'heure », « Ok, super... On va reprendre les choses ». Et ça, je pense que c'est vraiment important, de…, de s'adapter à son public quoi. (silence). Et si on va trop vite et qu'on prend pas le temps de vérifier, et bien, ça se trouve il a rien compris le mec, ça se trouve il parle même pas français...

D2 : C'est savoir passer la main, aussi, qui est important, enfin je pense, quand vraiment ça coince, et que la communication passe pas...

D1 : Ouais et puis de répéter les choses en fait, si ça passe pas à un instant t, et bien, savoir revenir, au moment où tu vois, c'est pas 11h30, où le patient il a faim, ou bien... non mais tu vois c'est des trucs où voilà... Ou il est peut-être mieux luné l'après-midi, mieux réveillé l'après-midi... (silence)

Intervenant : Est-ce que vous avez des choses à rajouter ? (silence)

D1 : Non je suis plus hyper inspirée là...

Intervenant : On passe donc à la question d'après, numéro 4 : « Quelles solutions trouvez-vous au quotidien dans les cas où la prise en charge est efficace, mais non satisfaisante ? »

D1 : Ou là, ça veut dire quoi ? Ça veut dire que tu l'as, que t'as fait une prise en charge dans les standards, OK, mais toi t'es pas satisfaite de ce que t'as fait c'est ça ?

Intervenant : Oui, c'est un peu dévié, pour dire dans les cas où tu vous vous êtes pas sentis bientraitants, plus ou moins...

D1 : Bah déjà, souvent, c'est d'en parler... Rien que d'en reparler, de débriefer... Le débrief, trop important d'avoir des copains médecins ! Non mais c'est vrai, les collègues, les gens avec qui on peut débriefer c'est hyper important je trouve, pour moi en tout cas, c'est vital ! Pour soi, et puis aussi de temps en temps se rassurer de la prise en charge, bon là elle est efficace, donc... mais de temps en temps il faut qu'on se rassure un peu nous-même... parce que comme on n'est pas satisfaits, pas content, bah on se dit « bah j'ai fait un truc mal... », et essayer de revenir dessus c'est pas mal. Et puis essayer de rattraper les boulettes, quand on en a fait aussi ! (rires) (silence)

Intervenant : Quand tu dis « rattraper », c'est rattraper sur le plan de la relation, rattraper sur...

D1 : Bah ça m'est déjà arrivé de rappeler des patients... au moment, typique : tu rédiges le courrier, et là, tu fais « oh merde, j'ai oublié ça ! » Clairement, enfin je veux dire, le courrier c'est ton compte-rendu de tout ce que tu as oublié quoi (rires). Y'en a pas tant que ça, mais je veux dire globalement, non mais c'est vrai, tu regardes, tu fais « mince, y'avait la TSH j'ai oublié, tiens j'ai oublié son HbA1c, le machin, le bidule... » Et donc tu marques au médecin traitant en gras : désolé, nous avons oublié de doser machin, et on a oublié ça et tout, et du coup, bah ce qui est pas mal, c'est pas grave, c'est pas vital, et le médecin traitant il va gérer, mais c'est pas satisfaisant d'avoir oublié des choses, et moi du coup je passe un petit coup de fil au médecin traitant, ou au patient, ça dépend de... l'état de capacité du patient à recevoir l'information, et là après, je me sens un peu, là j'ai enlevé un poids quoi. Ça ça m'arrive... peut-être un peu trop fréquemment ! (rires)

Intervenant : Du coup il y a le côté « refaire le lien », et il y a le côté un peu, prise en charge parfaite quoi, qui revient... ?

D1 : Voilà... (rires)

Intervenant : Enfin, le côté prise en charge le mieux possible, toujours le mieux possible...

D1 : Toujours le mieux possible, ouais. Mais selon mon point de vue, qui n'est pas forcément le mieux au final pour le patient, tu vois selon les exigences que moi j'ai appris, pour que ce soit bien quoi. Que mon patient il ait tout eu à ce moment-là, alors qu'en fait on s'en fout, il peut l'avoir dans les 6 mois, c'est pas grave, il va pas en mourir. Mais toi dans ta tête, tu sais c'est...

D2 : Moi j'aurais dit un peu pareil... Après moi j'ai plus l'exemple de l'ambulatoire, mais ouais rappeler les patients, si y'a un truc sur lequel on... on repense après coup ou quoi je pense que c'est important, bah pour qu'il en soit informé et pour que nous, on n'ait pas d'arrière-pensée... Enfin je pense que c'est important de... de pas hésiter à prendre son téléphone et à les rappeler finalement. La plupart du temps ils sont contents ! (rires)

D1 : Ouais c'est clair...

D3 : Après comme tu dis, en parler autour de toi, des fois t'as... pas forcément à d'autres médecins, même d'autres soignants, ils vont t'apporter... un autre aspect auquel t'aura pas pensé, tu vois, ils vont te dire « est-ce que t'aurais peut-être pu faire ça... », et ça t'apporte quelque chose auquel t'as pas pensé à... enfin toi-même quoi, et... je pense qu'en parler autour de toi, des situations où toi, t'es pas satisfait, à d'autres gens autour de toi, ça va t'aider quoi, les autres gens ils auront d'autres approches que toi..., et puis souvent, en plus, juste d'en discuter, t'en discutes de l'histoire, et juste ça, tu te sens bien tu vois, au final juste d'en avoir parlé à quelqu'un, même si il t'as pas forcément conforté dans ce que t'as dit quoi, même si il t'a critiqué ou quoi, et bien juste ça c'est satisfaisant quoi.

D1 : Moi c'est ma première solution : débrief. Mais avec... ouais c'est hyper important.

Intervenant : Et que ce soit formel ou informel ?

D2 : Ah, peu importe ça !

D1 : Souvent c'est informel quand même... Le formel, à part les supervisions où c'est formel...

D3 : Parce que le problème, c'est que ça arrive toujours à l'instant t quoi, que t'es pas satisfait, ça va pas arriver le jour où tu fais ton groupe de pairs, le jour où tu fais ton staff... Tu vois ça va arriver au moment où c'est l'heure de manger, t'es avec ton collègue, et là t'as trop envie de lui en parler quoi, donc...

D1 : Ou même, tu peux prendre ton téléphone et dire : il faut que je débriefe ! On peut aussi parler de l'alcool, mais bon on va peut-être pas en parler... S'il faut penser à une situation efficace... (rires) On pourra rayer ça ! (rires)
Et puis après aussi, c'est un peu différent parce que là on parle de loisir donc j'enchaine un petit peu là-dessus, mais de temps en temps, de s'aérer, de se changer les idées, ne serait-ce que de temps en temps entre midi et 2, enfin vraiment d'essayer de bien couper, de bien faire la part des choses, et bien après on a du recul et on se dit : « ah au final c'était pas si mal que ça, faut arrêter de... » Enfin je trouve que faire une petite relecture à distance, une auto lecture à distance…

D3 : C'est prendre du recul, comme tu disais tout à l'heure quoi, arriver à te mettre à distance de la situation, de refaire l'histoire... et de te dire « bah… en fait c'était pas si mal quoi ». Souvent tu te dis, et puis y'a des choses que tu peux améliorer, si ça se reproduit, bah je serai meilleur ou je ferai pas de la même façon... Et puis effectivement, souvent tu peux rattraper les choses, quand t'es pas satisfait : soit tu rappelles, soit tu revois le patient, soit t'en discutes...

D1 : Moi je me rappelle, j'ai une famille mais qui m'a bouffé la vie à l'HAD, mais franchement, mais bouffé la vie, et ben... Papinou il avait Alzheimer méga dément, et ils lui avaient mis une sonde de gastrostomie quoi, avec son drap house comme ça, et toute la famille voulait de l'acharnement et tout, et lui il était complètement dément, il pouvait rien dire, c'était horrible comme prise en charge, ils étaient affreux avec tous les soignants, c'était vraiment compliqué, mais c'était très très très compliqué... Et bien pour le coup, j'ai vraiment appris de mes erreurs, sur toute la prise en charge on avait fait, on avait revu tout ce qui s'était passé, notamment en supervision, donc, pendant 2 heures, mais c'était super important, et le coup d'après où on avait à peu près la même situation, on a tous pris beaucoup plus de recul, nous on a… pour le coup recadré la famille beaucoup plus rapidement, reparlé du projet tout de suite... Et là on a été beaucoup plus efficace, et pour le coup le deuxième coup on a été un peu plus satisfaits, par encore complètement, mais le premier coup c'était trop dur, c'était... mais toute l'équipe hein, de la secrétaire....

D3 : Apprendre de ses ratés !

D1 : Ah bah là, apprendre de ses ratés ! De la secrétaire au chef de service qui n'avait pas forcément à faire à ce patient, tout le monde en a pâti quoi. Et ça se sentait à l'ambiance et tout, et bien franchement, on a appris de nos erreurs, et on était un peu moins mauvais le coup d'après quoi... (rires)

Intervenant : Et quand tu parlais tout à l'heure, donc des... tu disais « les patients avec qui il y a un mauvais relationnel », dans ces cas-là toi, qu'est-ce que tu essaies de, de faire ?

D2 : Euh, bonne question ! (rires). Bah, après, t'essaies de... tu prends un peu sur toi de toute façon, faut t'adapter au patient que tu as en face, et... t'es pas sensé juger, après j'en discutais avec un de mes chefs au boulot, enfin vraiment quand c'est très compliqué, passer la main, ça peut valoir le coup, et... enfin, et l'expliquer au patient en disant que... Enfin, je sais pas j'avais un patient l'autre jour qui se foutait clairement de ma gueule en consultation, et en rediscutant avec mon chef il m'a dit effectivement t'aurais pu lui dire de, d'arrêter la consultation au milieu, et de remettre en consultation avec un autre médecin, pour lui montrer aussi que c'est pas..., enfin que ce qu'il fait ça a un impact sur nous, et qu'il y a un moment où il faut le stopper aussi...

D3 : Après toi t'as un vécu nég..., enfin d'échec aussi quand tu…

D2 : Ah bah c'est sur oui ! Quand ça se passe mal…

D3 : Enfin quand tu lâches la main complètement, tu te dis, bah j'y arrive… enfin c'est sûr que… c'est pas facile de lâcher, parce que tu dis « si je lâche c'est que je suis pas capable » tu vois, donc t'as forcément notion de te dire…, bah... « c'est que je sais pas faire », ou que... mais bon il faut arriver quand même à... Enfin c'est dur d'arrêter une consultation ! Enfin tu vois, au cabinet, de dire « ah bah non là ça passe pas » ...

D1 : Là c'était en prison, c'est un contexte un peu particulier, mais...

D2 : Vous en voyez des belles quand même ...

D1 : La plupart du temps ça va ! Mais de temps en temps... Du coup-là c'est plus facile, dans le sens où il y a quasiment un médecin différent tous les jours, et du coup tu peux dire « bah je vous remets en consultation dans 3 jours avec quelqu'un d'autre », mais peut-être que juste marquer le coup, effectivement...

Intervenant : Et il te proposait lui, d'expliquer pourquoi, enfin d'expliquer au patient, que là ça allait un peu trop loin, et que du coup, il fallait le remettre en consultation plus tard, ou...

D1 : Ouais, de lui dire, bah là, la consultation se passe mal, enfin… en gros lui expliquer effectivement que : moi j'avance pas, vous en face vous m'aidez pas du tout, et que du coup je préfère qu'il voie quelqu'un d'autre, et au moins la consultation avancera, et là on arrive à rien, et là on va rien faire aujourd'hui...

D3 : Moi j'ai jamais été capable de faire ça...

D1 : Bah, moi je l'ai pas fait ! (rires)

D3 : Non mais c'est pas évident, y'a la théorie et la pratique quoi ! (rires)

Intervenant : C'est de poser les mots sur l'échec de la relation qui est...

D1 : Ouais... Après peut-être sans arrêter la consultation, peut-être juste recadrer les choses un peu, déjà ça... (rires)

D1 : Moi je me souviens, premier stage d'UPL, donc t'es bébé encore quoi, donc t'arrives chez ton prat', tu le remplaces, c'est ta première journée toute seule, première consult', un vieux ronchon « De toute façon quoi, vous avez passé le bac ? C'est vous qui allez me soigner ? » Et là en fait, je sais pas ce qui m'a pris, j'ai eu une espèce de poussée d'autorité et je lui ai dit « écoutez, la question n'est pas mon âge, je suis ici, je suis là pour vous soigner, si ça vous va pas, vous sortez ! Et vous reprendrez rendez-vous avec le médecin ». Je sais pas ce qui s'est passé dans ma tête, ça m'a tellement, mais blessé au fond de moi, que là j'ai l'impression d'être waah, sortie les griffes ! Après ça s'est super bien passé... C'est la première fois que j'ai autant recadré et je crois que c'est la seule fois, parce que après je tremblais un peu, je suis allé voir la secrétaire en disant : « je vais me faire virer, c'était horrible, j'ai crié sur quelqu'un ! » En fait pas du tout, après c'était...

D3 : Après je pense qu'il y a des gens qui ont besoin de ça aussi, et tu l'as peut-être senti, que... C'est comme ça que ça allait bien se passer...

D1 : Ouais, sinon je me pense que je me serais laissé bouffer toute la consult' quoi, mais ça par contre tu vois c'est un souvenir que... Bah je m'en souviendrai toute ma vie je pense...

D2 : Oui je pense qu'il y a des gens qui... tant qu'il y a des faiblesses ils s'enfilent... dedans, et quand tu montres en face que tu as du répondant...

D3 : Peut-être que tu as su mettre les limites et les...

D1 : Parce que après quand même, globalement, l'âge venant, l'expérience venant, (rires)… Non mais je trouve que c'est plus simple, de mettre les barrières, de recadrer les gens c'est plus simple... Non mais, je sais pas toi, mais j'arrive beaucoup mieux maintenant que t'as plus de... de bouteille, et moi j'arrive beaucoup mieux à recadrer les gens, alors que cette consultation de mon stage d'UPL, pour moi c'était l'enfer quoi. Après on a un peu... c'est pas évident...

D3 : Non mais tu sais prendre ta situation de soignant parce que t'as l'expérience, parce que...

D1 : Il me manque un peu d'expérience et des cheveux blancs, mais...

D3 : Oui mais je pense que tu... (silence)

D2 : Là c'est plutôt les situations où on se fait maltraiter nous que…

D3 : Ouais c'est vrai qu'on a beaucoup parlé de... (silence)

Intervenant : Ça montre quelque chose aussi, c'est que tout à l'heure on parlait d'accordage en fait, entre le projet du patient, et le projet du médecin, et il y a des moments, ou il y a un non accordage finalement, et...

D1 : C'est exactement ça, quand tu n'arrives pas à aller dans la même direction... enfin, ensemble quoi…

D3 : Ouais tu fais un peu un pacte avec, pas un pacte, mais... enfin un projet avec ton malade quoi, et ça pour que ton malade il soit d'accord, il faut quand même que tu ais… une accroche quoi avec eux…

D1 : Bah sinon ça se fait dans la souffrance quoi... (silence)

D3 : Ça marche pas à tous les coups quoi… (silence)
Il faut une alliance avec ton malade, plutôt qu'un pacte ! (rires) (silence)

Intervenant : Et si on vous proposait la question qui suit ? Notre dernière question : « Que pensez-vous d'une obligation de bientraitance ? »

D3 : Une obligation de bientraitance... Parce qu'on est en France alors du coup tout est obligatoire ! (rires).

D2 : Bah si on n'a pas déjà l'obligation morale, c'est qu'on est pas des bons médecins ! (rires). Enfin je sais pas…

D3 : Je pense que ça ne devrait pas être une obligation, ça devrait être... naturel.

D1 : Je pense que c'est compliqué… d'obliger des gens parce que dans ces cas-là, il faut leur dire « changez de taff' » quoi... Par contre, l'obligation de bientraitance par les moyens, parc qu'on a dit quand même que pour être bientraitants il fallait avoir des moyens un peu adaptés, je pense que oui ça ça serait primordial, de pas avoir une infirmière pour 14 toilettes le matin ! Alors là ouais je pense que ce serait bien, ça c'est une belle obligation de bientraitance, mais si on doit imposer... aux soignants, en disant « il faut que vous soyez bientraitants », bah ça marchera pas ! Bah ils n'ont rien compris en fait sinon, enfin ça veut dire que OK, dans ces cas-là, change de métier en fait ! Change de métier, ce sera plus simple, parce que sinon, tu fais pas ton métier dans... tu fais ton métier dans la souffrance, t'imagines...

D3 : Si tu fais ton métier en pensant que t'es pas bientraitant... Si tu travailles en estimant...

D1 : Non mais tu te rends compte si à chaque fois tu disais « attends, faut que je sois bientraitant, je me concentre, ou là la attention », c'est horrible quoi !

D3 : Il faut pas que ce soit une obligation, il faut que ce soit une évidence, quoi après...

D2 : Je pense que ça l'est, après… enfin...

D3 : Y'a la théorie et la pratique quoi…

D2 : Et que on s'adapte juste, enfin... on fait au mieux...

D1 : Par contre...

D2 : La plupart du temps...

D1 : Comme tu disais, c'était dans les trucs de la certif' c'est ça ? Je sais pas bien leurs critères de bientraitance qu'ils avaient, du coup pour déf... enfin… pour expliquer comment obliger une bientraitance, enfin, pour avoir vu des facteurs de la certif' c'est un peu compliqué quand même ce truc, mais si ils ont des critères un peu objectifs pourquoi pas, mais je pense que... et puis même, si on dit à un soignant : « attention hein, vous êtes obligés d'être bientraitants ! », je pense qu'il va hyper mal le prendre, parce qu'il est déjà là pour prendre soin des autres, et les soignants…, je pense formuler comme ça, ce serait presque pire que de parler de l'obligation vaccinale quoi, c'est...

D3 : Après c'est en parler quoi…, nous on a fait un questionnaire, justement de la HAS, à l'hôpital, justement sur « que savez-vous de la maltraitance », où je sais pas quoi, enfin c'est... une infirmière qui a fait une étude, et juste, de poser les choses : qu'est-ce que la bientraitance, qu'est-ce que la maltraitance, et effectivement, juste même là ce soir de discuter, de dans quelles situations... et puis tu

vois, je crois qu'il y avait des propositions de situations cliniques, et... qu'est-ce que ça évoquait pour toi, enfin c'est juste en parler, tu te rends compte aussi de ce que tu fais…, et ça fait bouger un peu les mentalités je pense... Mais bon, obliger...

D1 : Après sensibiliser c'est déjà bien, obliger je pense qu'en obligation de moyens tu peux en parler, d'obligation… et ça, je pense que, enfin tu vois dans des EHPAD c'est n'importe quoi, hein...

D3 : Quand t'as une douche par semaine parce qu'il y a pas assez d'infirmières...

D1 : C'est pas gérable quoi... Mais, après, l'obligation, sur une personnalité c'est compliqué...

D2 : Après plus qu'une obligation, peut-être qu'un rappel dans les périodes… avant les vacances, où on est moins bientraitants, parfois juste... Plus qu'une obligation au quotidien, peut-être que des piqûres de rappel... Alors après par quels moyens, je...

D1 : Oui, mais de sensibilisation, t'as raison... Tu vois, là demain, je vais être méga-bientraitante ! On en a parlé ce soir, demain je vais…

D2 : C'est ça, je pense qu'en parler de temps en temps, mais... (rires)

D3 : C'est vrai, même si c'est à la mode, enfin... Je sais pas, pendant nos études on en a peu entendu parler tu vois, enfin...

D1 : Jamais...

D3 : Tu vois, là nous, ce soir, on en parle pendant votre thèse, moi je suis… le questionnaire de l'infirmière qu'on a fait sur l'hôpital, mais… tu vois, pendant nos études, à part en sciences humaines et sociales en première année, mais tu vois, c'est vrai après... On a des... c'est très médical, technique, tout ça, mais, on a plus de débat là-dessus, malheureusement, parce qu'effectivement, en parler pendant les études de médecine aux étudiants, je pense que c'est une solution aussi...

D1 : Je pense sensibiliser c'est chouette. Obliger d'être bientraitant... enfin ça devrait tellement être, ça fait partie du job quoi. Tu peux pas obliger… T'es pas soignant si t'es pas bientraitant quoi…, volontairement j'entends. Parce que de temps en temps on est maltraitants un peu involontairement, on en a parlé mais… enfin moins bientraitants…

D2 : Et puis si on fait une obligation de bientraitance, est-ce qu'on la fait... on la donne au patient aussi... ? (rires)

D1 : Ça c'est une question hyper intéressante ! « Tu m'insultes, je te soigne pas ! » (rires) (silence)
Bah non mais c'est pas idiot, hein, non mais c'est vrai !

D2 : Bah, on a dit, qu'on pouvait pas être bientraitants si on... la personne en face était... enfin ça va ensemble...

D1 : Il y a une différence entre être en souffrance, et puis être désagréable et maltraitant envers les soignants, ça c'est pas très gentil ! (rires) (silence)

Intervenant : Et D1, là tu disais qu'il y a parfois, où tu, tu es pas maltraitante, mais tu es un peu moins bientraitante, mais sans le vouloir, donc, pour toi, il y a une question d'intentionnalité aussi ?

D1 : Non je pense que c'est, ça revient la fatigue…, c'est vraiment... parce que globalement, dans ma vie, je suis plutôt quelqu'un de bientraitant au boulot quoi, mais je pense qu'il y a des fois où c'est la fatigue qui me fera... ou la pression, parce que de temps en temps tu as, il faut faire tant de sorties, faut machin, faut bidule, que je ressens pas forcément ici hein, mais je pense que des fois tu te mets, enfin, tu te mets un peu la pression, où tu as 50 000 rendez-vous et tu pourras jamais tout faire dans ta journée, et du coup, bah inconsciemment, tu vas être moins bientraitant que ce que tu voudrais, au final c'est un peu de ta faute au final, parce que tu aurais pu, plus te reposer le week-end, anticiper tes vacances, et puis te mettre moins de rendez-vous de famille dans la journée, mais de temps en temps c'est difficile de tout anticiper quoi... Et c'est dans ce sens-là où, la notion d'intentionnalité, non je me dis pas « tiens, il faudrait que je sois bientraitante aujourd'hui ». Clairement, j'ai l'impression que c'est quelque chose de plutôt naturel quoi, mais de temps en temps je me dis « tiens, j'aurais peut-être dû être un peu plus... mieux… enfin plus bientraitante. Tu vois, dans un sens ça marche mais pas dans l'autre. Je sais pas si je suis très claire... C'est… de temps en temps je me dis « ah, tu aurais peut-être pu être mieux », mais je me dis jamais « allez, sois bientraitante, vas-y ! »

D3 : Non mais par contre, je pense tu te poses plus facilement la question de « est-ce que là, j'ai pas été maltraitante ? », enfin tu vois, moi je me suis jamais posé la question « est-ce que j'ai été bientraitante ? », mais...

D1 : Parce que c'est normal au final...

D3 : Voilà, parce que c'est… Effectivement, c'est, c'est ton quotidien, enfin j'espère qu'on est bientraitants tous les jours quoi, mais par contre, quand t'es maltraitant...

D2 : Ça ressort beaucoup plus…

D1 : D'ailleurs, quand on dit bientraitant envers les patients, mais bientraitants entre soignants aussi, parce que ça on en a pas parlé... mais moi de temps en temps quand je vois des docs qui parlent comme des merdes à des internes, ou des fois où je me suis fait pourrir quand j'étais externe ou interne, ou à des infirmières alors qu'ils sont super sympas avec toi parce que t'es doc... Alors tu te dis, comment quand t'es maltraitant... enfin franchement ils disent pas bonjour, ils parlent comme des chiens, enfin surtout au CHU, et bah moi je trouve ça, enfin je... des fois de temps en temps je me dis « mais comment est-ce qu'ils sont bientraitants avec les patients ? », ça je me suis déjà posé la question, en me demandant « comment, quand dans ta vie t'es comme ça, comment tu peux être bientraitant avec des gens ? » Alors, j'espère qu'ils sont bientraitants...

D2 : Sans vouloir viser, c'est souvent des radiologues ou des chir quand même... (rires)

D3 : Non mais c'est vrai que tu te demandes, parce que...

D1 : Nan mais enfin, tu vois tu te dis de temps en temps, non non, des oncologues, que j'ai connu, mais affreux avec les équipes infirmières, mais affreux, horribles, genre les inf' t'en parlent, c'est genre, toi tu l'aimais bien, moi j'étais interne... j'étais externe pardon, j'étais à Lyon, je la trouvais très cool cette médecin, super cool, les infirmières elles me disaient « elle est horrible, et tout », et effectivement, un matin, je suis arrivée plus tôt et je l'ai vue, comment elle fonctionnait avec les infirmières, et pourtant, moi je la trouvais extraordinaire, elle était très bien avec les patients...

D3 : Ouais mais bon, t'es quand même sensé un peu, montrer l'exemple, aussi avec les gens avec qui tu travailles, enfin tu vois si t'es...

D1 : Non mais complètement, enfin j'adhère pas du tout avec ça mais surtout je me disais : « mais comment elle veut qu'on s'occupe bien de son patient, si en plus avec l'équipe qui s'en occupe, elle est maltraitante ? » Enfin, moi, j'étais externe, enfin tu vois, t'es bébé dans tes réflexions, mais je me disais « c'est pas possible quoi ». Et du coup, je me disais que je voulais jamais être comme ça, parce que…, des fois t'es moins agréable que d'autres fois, ça s'est autre chose, mais, mais je pense que c'est important la bientraitance entre nous aussi. Qu'on soit gentils, le monde des bisounours, comme en pédiatrie ! (rires)

Intervenant : Est-ce que vous avez d'autres idées ?

D1 : Franchement, on a pas mal parlé non ? (rires)

D3 : C'est clair !

D2 : Moi... Je suis désolée, j'en rajoute, mais je me pose juste une toute petite question maintenant là, en me disant : est-ce que quand on ferme la porte, et qu'on relâche un peu la pression, et parfois, ça nous arrive un peu de trasher les patients, est-ce que ça c'est pas un peu de la maltraitance ?

D3 : Oh, je suis pas d'accord !

D1 : Moi je pense que ça fait partie de ma soupape de solutions !

D3 : Ouais, surtout que ça reste entre nous…

D1 : Non mais de temps en temps ça fait du bien aussi, après, ça c'est perso, mais...

D2 : Ah mais je dis pas que ça fait pas du bien... (rires)

D1 : Bah au final...

D2 : On le fait tous...

D3 : Oui mais c'est en off, tu vois, après tu fermes la porte...

D1 : Là où je suis d'accord avec toi, c'est que si t'engrènes tout le monde, toute l'équipe, tu claques la porte tu vas les voir en rajoutant « ah mais j'en peux vraiment plus », si tout le monde se monte la tête je pense que effectivement, il va y avoir un effet boule de neige hyper néfaste sur le patient. Et ça effectivement, je pense qu'il faut y faire hyper attention. Ça, moi je m'en étais rendue compte à l'HAD, de temps en temps, où il faut faire gaffe, de temps en temps...

D3 : Il faut faire hyper attention de avec qui tu fais tes off...

D1 : Avec qui tu fais tes off… Moi les off à la fin, limite c'était avec moi-même en fermant ma porte et... Non mais tu vois ce que je veux dire, c'est que après si tu fais de l'effet boule de neige néfaste, je pense que t'as tout à fait raison...

D3 : Toute l'équipe s'imprègne de ton ras le bol de la famille ou du patient, après c'est foutu...

D1 : Alors là je pense que lui, il a plus, il a plus de jus d'orange le matin quoi ! Enfin tu vois... (rires)
Non mais c'est vrai ! Non mais je pense que t'as raison hein !

D2 : Je pense que dans ce sens-là, il peut y avoir... Peut-être oui, juste c’est ça faire attention...

D1 : Mais après, si ça rentre dans l'obligation de bientraitance ça va plus être possible pour moi ! Non mais même en off tu vois, tu claques et hop dans ta tête quoi...

D2 : Mais c'est important de le faire... on en a besoin...
D3 : A mon avis, c'est une solution pour être... pour être mieux traitants avec les malades, de se défouler de certaines situations, après, il faut faire attention de avec qui tu le fais quoi…

D1 : Ouais, mais je pense que c'est important de ne pas entretenir... quand on a pas un bon relationnel avec quelqu'un de ne pas entretenir, pour ne pas que ça monte quoi. Et ça peut monter très très vite !

Intervenant : Pourquoi ça t'inquiétait ça ? C'est le fait de mal parler de quelqu'un même si il n'est pas là, ou... tu penses que c'est un peu maltraitant ?

D2 : Bah, ouais je sais pas, finalement, t'es dans une relation avec lui, enfin le patient, et puis c'est ça, tu fermes la porte et tu te mets à parler vraiment différemment...

D3 : Dans son dos !

D2 : Dans son dos, en plus !

D3 : T’as l’impression d’être hypocrite !

D1 : Bah un petit peu… Et est-ce que c'est pas une maltraitance envers lui directement, parce que effectivement, en théorie on ferme la porte, et il le saura pas, et voilà, et ça impactera pas sur sa santé, mais effectivement je me dis, est-ce qu'il y a pas des trucs un peu secondaires comme l'effet boule de neige dans un service, comme... et puis, et puis...

D1 : Ta petite voix d'ange qui dit...

D2 : C'est ça ! Bah oui...

D1 : Ça s'appelle la conscience professionnelle ! (rires)

D2 : Elle parle pas toujours beaucoup ! (rires)

Intervenant : Vous aviez d'autres choses à rajouter ou on termine ?

D3 : c'est bon pour moi !

Entretien collectif numéro 5

Intervenant : Pour commencer, la première question ça va être, la tout de suite si on vous dit « Bientraitance » est-ce qu'il y a des choses qui vous viennent à l'esprit ?

E1 : Moi ça me fait penser à non maltraitance, ne pas nuire d'abord… Et ça me fait penser à Michel Cabel, qui est un gériatre je crois, et qui a fait pleins de trucs sur la Bientraitance je crois…Voilà…

E2 : Moi vu mon orientation, ça me fait surtout penser à un objectif qu'on aimerait atteindre, mais qui est toujours difficile avec les contraintes, de temps de pathologie d'environnement, de flux, de tout ça… C'est un objectif qui semble être presque premier pour les médecins, mais pour nous malheureusement, souvent on fait tout ce qu'il y a à faire, et puis après on sera bientraitant… C'est presque un regret de quelque chose qu'on a du mal parfois à atteindre, aux urgences en tout cas…

Intervenant : Donc du coup il y a plusieurs petites questions, et le but c'est de réalimenter le débat un petit peu… On vous a posé des définitions pour nous permettre de s'affranchir de la recherche sémantique, qui n'est pas forcément intéressante, et on a choisi arbitrairement la définition de l'encyclopédie Larousse, et après il y a la définition de la Bientraitance selon la HAS, comme ça, on pose ça et ensuite on peut s'en affranchir…

Selon l'encyclopédie Larousse : Ensemble des soins, des actes et des comportements exercés par l'entourage familial ou professionnel d'une personne, et qui procurent un bien-être physique et psychique au bénéficiaire.

Selon la HAS : « La bientraitance est une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'usager et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'usager, 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 patient, l'usager. Elle nécessite un questionnement tant individuel que collectif de la part des acteurs. »

Intervenant : Question 1 : à quelles situations cliniques ces définitions vous font elles penser…

E2 : C'est mon tour ? Moi en situation clinique, c'est surtout les situations de gériatrie, et d'ailleurs, ce n'est peut-être pas pour rien que tu cites des gériatres… Toutes ces situations de confusion, de chute, de moments de grande fragilité de la personne âgée, ou ce sont des soins qui prennent du temps, de l'écoute, de la demande beaucoup de la part des patients, et… qui se confronte à toutes les contraintes dont je parlais… Et on aimerait y donner beaucoup plus de temps, mais c'est toujours très compliqué… Et ou voilà, c'est ce type de situations ou la bientraitance est… je ne dirais pas la plus fondamentale, mais où elle est le plus une démarche à mettre en place, parce que c'est une demande de la part du patient, et où ça se heurte à toutes les contraintes du quotidien…

Intervenant : Et est-ce que là comme ça, tu as une situation qui te revient à l'esprit ?

E2 : J'en ai 250… C'est du quotidien, une en particulier non, mais c'est du quotidien du patient perdu, qui sollicite l'infirmière toutes les 2 minutes, en lui demandant ou il est, qu'est-ce qu'on va lui faire et pourquoi il attend, et que ce brancard est très inconfortable… Et c'est très simple de prendre 2 minutes pour dire au patient ou il est, pourquoi il attend, et d'aller chercher un lit pour le remplacer… Mais ce n'est pas si simple en vrai…Donc une en particulier non, mais un type de situation oui…

E1 : Moi de mon côté, il y a le côté HAD, où je pense qu'on a souvent l'impression d'être plus dans la bientraitance dans la mesure où on va chez les gens et que du coup, on est obligé de s'adapter au domicile, s'adapter au patient, s'adapter à la famille, et du coup, de fait, il y a la « démarche globale qui prend en charge le patient, l'usager, l'accueil de l'entourage » … et son écoute et ses besoins en théorie… Après, ça me fait penser à 2 personnes. Une dame que j'ai vue aujourd'hui, 40 ans, néo du sein, la cata et tout, qui veut rentrer à la maison et qui me dit « je ne veux pas de lit médicalisé, je veux être dans ma chambre en haut, je veux descendre l'escalier tous les matins, que mes enfants ne voient pas, qu'après je mets l'oxygène lorsqu'ils sont partis à l'école » … Je me dis, comment va être la limite effectivement, entre les droits et les libertés du patient et ce que l'on peut imposer à une équipe soignante… Etre bientraitant envers le patient, et pas maltraitant vis-à-vis de l'équipe soignant pour qui je trouve que ce n'est pas toujours… Y compris la dame qu'on a pris avec vous en soin palliatif, ou on fait ses injections de morphine à la demande, en appelant l'infirmier n'importe où, elle lui met un SMS en disant « j'ai mal » … tout ça parce qu'elle ne veut pas de PCA (Pompe Controlled Analgésia)… Donc voilà, en étant bientraitant, est-ce qu'on ne devient pas parfois un peu les otages de certains patients difficiles ? Donc ça c'est la première chose.

Après voilà, je pense que du coup au niveau de l'HAD, l'institution, l'entourage, les patients, les usagers, on travaille bien tous dans le même sens, et le plus souvent, on essaie de ne pas être dans la maltraitance même si, pour être dans la bientraitance c'est quand même plus compliqué. Après par contre, je pense que j'ai eu une expérience longue de gériatre, et par contre là ça me fait penser vraiment à des situations de manque de temps. Je ne sais pas si vous avez interrogé des gériatres, mais, en institution, avec des soignants qui sont… Je ne vais pas dire en burnout, parce que tout le monde parle de burnout mais en tout cas épuisés par un nombre de patients impressionnants et qui ont parfaitement conscience de ne pas être dans la bientraitance. Qui essaient de ne pas être dans la maltraitance, mais qui ont l'impression que par manque de temps, ils le sont… Et effectivement, en imposant un rythme institutionnel, en faisant manger les patients

en 5 minutes, en ne les levant pas les jours où il y a trop de patients à lever… enfin voilà, et donc là ne pas être dans la bientraitance… Je ne sais plus la question en fait ?

Intervenant : Parfait, c'était ça…

E2 : J'ai fait une fin de vie récemment, probablement hier d'ailleurs, aux urgences, et je crois que la question des fins de vies, du jusqu'où ? Du quoi ? Du qu'est-ce qu'on fait ? Et pourquoi ? De l'interrogation de la finalité de ce que l'on fait… J'ai eu ce patient récemment qui s'est présenté pour détresse respiratoire, enfin désaturation en EHPAD, et majoration d'un déficit neurologique, chez un monsieur qui était déjà GIR 1, déjà hémiplégique, avec des troubles cognitifs majeurs, chez qui on découvre en plus à l'arrivée un ST+ sur l'ECG, qui était un monsieur plutôt jeune, mais du coup poly pathologique autant qu'on puisse l'être. Et où j'ai essayé d'expliquer à la famille… pour le coup, là j'ai eu l'impression d'être dans la bientraitance… J'ai expliqué pourquoi on n'allait pas explorer le déficit neurologique, que vu son état neurologique s'il faisait un nouvel AVC ça ne changerait rien, que de lui imposer le décubitus strict d'un scanner, le brancard etcetera… Pourquoi on n'irait pas explorer la cardiopathie, parce qu'il était déjà sous traitements optimaux et qu'on ne ferait pas plus, mais par contre qu'on allait explorer sa détresse respiratoire et son hyperthermie parce que là on pourrait peut-être avoir un levier d'action, c'est surtout ça… Ça me fait donc penser à ces questionnements-là, de quelle thérapeutique, dans quelle situation, et de à quel moment on est dans le soin et à quel moment ce que l'on fait à une finalité bientraitante pour le patient, et à quel moment on est dans la curiosité scientifique de faire un scanner pour comprendre ce qu'il a…

E1 : Je rebondis aussi, ça me fait penser aussi à ces gens qu'on a pour des fins de vie, où on sait qu'on se dirige vers une fin de vie, et où on sait qu'être dans la bientraitance me semble-t-il (selon la définition de la HAS) … Etre dans la bientraitance pour ces gens-là, s'ils expriment le souhait de décéder à domicile qu'on les accompagne vers ces choses-là, si ça semble très important, et avec un entourage, qui n'est pas forcément prêt… Je pense par ailleurs au monsieur que j'ai vu récemment chez vous, et où être dans la bientraitance pour le patient serait vraiment de la maltraitance pour l'entourage. Et cette balance de savoir, enfin on soigne le patient certes, mais c'est l'entourage qui reste derrière, et réussir à… Parfois c'est un peu frustrant, et on a l'impression que… mais peut-être aussi parce qu'on projette, mais on se dit que ce serait possible… et on essaie… de tenir l'entourage et de se dire « Pour être bientraitant avec le patient, il va falloir qu'on soit super aidant avec la famille, super cadrant » … Et puis on voit bien que c'est impossible, c'est inentendable, et que de toute manière, c'est maltraitant pour la famille… Et finalement, on choisit d'être bientraitant pour les personnes qui restent et pas pour la personne qui va décéder…

E2 : Et on a les mêmes situations en EHPAD avec des patients qu'on reçoit pour des pathologies dont on sait que ça met en jeu leur pronostic vital au relativement court terme de quelques jours, et où on se dit « Mais ce monsieur-là, oui il va mourir, certes on ne va rien faire, donc on va le renvoyer à l'EHPAD. » Et on est confronté aux infirmières d'EHPAD, qui nous disent qu'il n'y a qu'une seule aide-soignante la nuit, une seule infirmière la journée pour 60 patients, et qu'elles comprennent bien, mais qu'elles ne peuvent pas… Et on se retrouve donc à hospitaliser des gens et donc à les sortir de là où ils se sentent le mieux, pour faire un soin qui pourrait très bien être fait en EHPAD, simplement pour sécuriser le personnel de l'EHPAD, et pour ne pas maltraiter le personnel on a ce genre de situations.

Intervenant ; Un peu comme si la bientraitance du patient ça pouvait être une sorte de consensus entre tous les acteurs, et lui ? Entre tous les soignants, la famille… ?

E2 : La bientraitance du patient parfois, et c'est comme ce que tu dis, rentre en conflit avec l'entourage, avec les professionnels autour…

Intervenant : Et quand ça rentre en conflit, qu'est-ce que tu fais ?

E1 : Des compromis… Et je pense qu'on se dit que quand même, enfin, dans le cas alors… C'est difficile à dire comme ça… Dans le cas de patients bien vivants qui ont des maladies graves et autre, on va penser d'abord au patient, à sa manière d'être… Je repense toujours à cette jeune dame que j'avais eue et dont je parlais tout à l'heure qui disait « Moi je ne veux pas informer mes enfants etc… » On essaie de penser d'abord à la personne, et je pense que quand la personne arrive en fin de vie, qu'on sait qu'elle va décéder, en tout cas moi, il y a un mot qui m'a déculpabilisée, c'est que je pense d'abord à ceux qui restent, en me disant : « Quand il y a incompatibilité, souvent c'est compromis, mais c'est souvent compromis en faveur de la personne qui va continuer à vivre derrière »

E2 : Comme un switch qui va se faire au moment où la personne n'aura plus vraiment conscience du réel et ou ce qui l'entoure est…

Intervenant : Et si, dans le même style d'opposition entre bientraitance des patients et … par exemple si un patient demande des choses médicales qui semblent heurter la bientraitance qu'on aurait vis-à-vis de ce patient, est-ce que ça, ça vous évoque des choses ?

E2 : Tu veux dire des demandes d'acharnement par exemple, ou…

E1 : Ou d'examens… C'est vrai, on en a eu tous je pense…

Silence…

E2 : Ça ne m'évoque pas de choses… Il y a des choses du quotidien, mais qui ne sont pas majeures, les 25 patients tous les jours, qui demandent absolument un scanner cérébral pour être sûr qu'ils n'ont rien et ou on leur dit qu'on les irradie mais… là où je suis, en général ceux qui sont mal, sont trop mal pour être demandeurs, dans ma discipline…

E1 : Je pense comme tu dis, que soit il y a une balance bénéfice risque, et on arrive à expliquer à la personne qu'on n'est pas bientraitant en faisant ce qu'elle souhaite… Soit je réfléchis, même aux chimiothérapies… Les examens, il me semble qu'on peut s'appuyer sur une notion médico économique, à parler avec les gens autrement…

E2 : C'est un discours que tu arrives à avoir avec tes patients ? A amener le discours économique avec tes patients par exemple ?

E1 : Non, c'est vrai que je dis ça, mais en fait non, c'est difficile, on parle plus en termes de bénéfice risque effectivement, on parle plus de … Du fait que ça ne sert à rien si…

Intervenant ; Et vous parliez tous les deux du temps, comme facteur limitant de la bientraitance, ça vous semble…plus important ?

E1 : Moi je pense que… Enfin j'ai fait le DU d'éducation thérapeutique, c'est vachement bien fichu leur truc, et en fait, on s'aperçoit qu'en s'asseyant à côté de quelqu'un, quasiment en le laissant parler, et en s'immisçant vraiment à peine, on arrive à faire bien raconter son histoire, ses souhaits etc… Et on s'aperçoit que ça ne prend pas beaucoup plus de temps… Enfin je n'ai pas augmenté mon temps de consultation et d'entretien et autres, et j'ai les mêmes infos qu'en étant beaucoup plus directive… Par contre, je pense que le patient, en tout cas c'est le retour que j'ai de mes patients, ils jugent qu'on est bientraitant à partir du moment où on a passé du temps avec eux… En tout cas, c'est l'impression que j'ai, que quand on peut s'asseoir à côté d'eux, et bien ils vont sortir de la consultation contents, même si on n'a pas apporté grand-chose finalement… Et que du coup je suppose que j'ai été bientraitante s'ils sortent contents…

E2 : Mais c'est quelque chose que l'on voit fréquemment, parmi ce que je connais, nous on a des patients dans le couloir qui râlent parce qu'ils attendent, ils attendent, ils attendent 4 ou 5h avant de nous voir, où là clairement, on se dit qu'on n'est pas dans la sécurisation de ces gens qui attendent… et la prise en charge de leur santé, c'est quand même une grosse partie de la bientraitance… Et par contre comme on en voit beaucoup, et comme on va vite quand on voit chacun, forcément, quand on sort il y a une espèce de frustration de « j'ai attendu 5H pour qu'il me voie 10 minutes ! » Mais en même temps, il a attendu 5H parce que c'est 10 minutes avec chacun… Mais si je passe plus de temps avec vous, vous attendez 10 heures… C'est un compromis qui est difficile… Oui moi je pense que le temps, le temps qu'on a c'est un des critères majeurs de la bientraitance… Parce que la volonté de faire bien son travail, la volonté de faire du bien aux gens, on l'a tous… La connaissance technique… on n'a pas tous le même niveau de compétence, mais je veux dire… on a tous fait des études donc voilà… mais par contre, c'est le temps, c'est sûr… Donc pouvoir passer du temps pour expliquer à un patient, voilà, ce que je disais tout à l'heure, pourquoi il est là, ce qu'il attend… Je repense, j'étais de garde aux urgences hier, et où j'avais un patient américain qui venait pour un syndrome dépressif, et il se trouve que j'étais ce jour-là le seul médecin à à peu près parler anglais, de façon à pouvoir avoir un entretien… Et du coup forcément c'est un entretien qui prend du temps, parce que moi qui parle très vite en français, et bien là, je parle beaucoup moins vite, et c'est un entretien qui prend du temps, en plus c'est un entretien psy… Mais c'est un patient avec qui je prenais plaisir à parler, et puis quand je pars, il me dit « ça m'a fait plaisir de vous rencontrer » et puis je lui explique ce qu'on attend maintenant etc… Et puis je sors, sauf que je n'avais pas vu la montre et qu'il s'était passé 45 minutes et puis il y a 5 patients qui sont arrivés entre temps, l'interne, c'est une interne, le collègue était pris par autre chose et on s'est dit voilà, on a rajouté 45 minutes d'attente au PU, mais j'ai géré ce patient…mais du coup les autres vont attendre plus…

Silence 5 secondes

E1 : Mais en même temps si les patients suivants tu prends le temps de t'asseoir pour leur dire euh…pour entendre eux leurs peurs, je pense qu'ils ne t'en voudront pas d'avoir attendu les 45 minutes de plus… S'il n'y a pas d'urgence vitale… Je comprends, aux urgences il y a toujours la cata… Mais sinon après…

E2 : Il se trouve que sur la psychiatrie, le temps fait partie du soin, mais c'est vrai qu'on a un boulot ou l'exigence numéro 1 c'est de s'assurer que le patient n'a pas de pathologie ni urgente, ni grave, et si ça peut se faire en 2 minutes, ou sans parler, alors c'est du temps donné aux autres, alors c'est…c'est triste comme raisonnement, mais c'est un peu ça…

E1 : En même temps, c'est… C'est ça la bientraitance aux urgences…

E2 : Ce qui est urgent, ce qui est grave et après ce qui est relationnel, ça devient du superflu, c'est un peu dommage pour un médecin de dire ça, mais…

E1 : C'est pour ça qu'on a des spécialités différentes…

E2 : Exactement…

Silence 10 secondes

Intervenant : Très bien, est-ce qu'on passe à la question 2 ?

E1 : Il y en a combien ?

RIRES

Intervenant : Il y en a 4-5 mais vous allez voir, ça reprend un peu toujours la même chose… Ah non, c'est la suite de la question 1… Est-ce qu'il y a des situations que vous pourriez évoquer ici, ou vous vous êtes sentis pleinement satisfaits de la prise en charge ?

E1 : C'est à moi de commencer… Alors je n'aime pas le terme de pleinement satisfait, parce que voilà, on ne l'est jamais, mais si il y a pas mal d'accompagnement à la maison, surtout si on a pu aller jusqu'au décès à domicile, (parce qu'on a beaucoup de soins palliatifs), ou on reçoit après les lettres des familles, les lettres des conjoints, les lettres des enfants, les lettres des parents, qui remercient, et qui justement renvoient non seulement au médecin mais aussi à toute l'équipe, aides-soignantes, infirmières, la sensation d'avoir été bientraité parce qu'en fait ils le disent quasiment comme ça… D'avoir été écouté, d'avoir respecté notre rythme, et bien…oui, je pense qu'on se sent régulièrement satisfait de la prise en charge… Voilà, après c'est vrai qu'on parle souvent de soins palliatifs, ou de gériatrie, mais tout ce qui est autre soin, on a moins l'impression d'être… Une antibiothérapie, bientraitant ou pas, euh… En fait par exemple, une antibiothérapie, ou des gros pansements, en fait des soins très simples, ça va être eux qui vont être le plus exigeant sur l'horaire en disant… Ils vont dire aux infirmières qu'elles arrivent trop tard le matin, ils vont dire qu'il y a des choses qui ne vont pas et en fait malgré tout, moi dans ces cas-là, je ne me sens pas maltraitante… Parce que je me dis que voilà, notre but n'est pas non plus de… Que la vie est faite de frustration, et que le but n'est pas non plus de répondre à toutes les exigences des patients, et que voilà, il y a nécessité de mettre un cadre…

Donc ce n'est pas forcément non plus répondre à toutes les demandes de liberté ou de… je ne sais plus comment disais la HAS mais…pas pleinement et totalement… Mais par contre, pour des personnes vulnérables, c'est le temps mais aussi c'est l'écoute qui est importante…

E2 : Pour le coup, c'est les 2 situations qui me viennent, parce que je les ai vécues hier, et que … A la fois cette famille qui vient avec ce papi, dont on voit sur le papier qu'il est dément grabataire, et que vraiment sa vie ne tient à pas grand-chose, et où j'ai entre guillemets pris assez peu de temps avec lui, parce que la situation était assez claire…mais où pour le coup j'étais arrivé à prendre pas mal de temps avec la famille un concept qui est quand même particulier, de leur expliquer qu'il y a une maladie, certainement, mais qu'on ne va pas aller chercher, parce qu'on agirait pas dessus.. Leur faire accepter ce concept, et leur faire accepter et leur rendre logique pour eux aussi, dans le flux des urgences, vers 16/17h, le moment où c'est calme chez nous… Leur faire accepter ça, et arriver à prendre ce temps là pour que ça se passe bien, arriver à les faire venir près de leur proche - qui à ce moment-là fait une décharge septique et plante sa tension- et leur expliquer un peu ce qui se passe… Je pense qu'on est pas mal, et que la bientraitance c'était à la fois de prendre soin du pauvre papinou, même s'il n'est plus trop en état de se rendre compte de ce qui se passe autour de lui, et puis le soin à la famille qui a pu accompagner son proche, comprendre ce que l'on faisait et pourquoi, et surtout ce que l'on ne faisait pas et pourquoi on ne le faisait pas… Pour le coup, là, on avait été une équipe qui avait fait un boulot correct quand même… Et puis dans la même journée, ce patient psy, ce dépressif américain qui, un ancien skieur professionnel qui était propriétaire d'une ferme aux Etats-Unis, et qui était venu rejoindre sa femme en France, pour devenir manutentionnaire dans une ferme en France… Donc grosse dégringolade sociale, avec n'apprenant pas la langue, donc pouvant être juste manutentionnaire, et que du coup il s'est mis à boire, qu'il a cette névralgie cervico-brachiale, ou sa « fucking doctor » ne lui donne que de la morphine, et que ça ne va pas du tout, et qu'avec sa « fucking wife » ou il aimerait parfois lui briser sa « fucking neck » …

RIRES

E2 : C'est un Texan… Mais voilà, pour le coup, malgré le flux, mais parce qu'il était… Enfin ça ne tient à rien le soin, mais parce qu'il était hyper sympa, parce qu'on a eu un bon contact et tout, mais j'y ai passé 45 minutes en plein milieu de la journée, pendant que mon collègue me maudissait sans doute… Mais c'est vrai que c'était une journée où il y a eu au moins deux patients où je me suis dit que j'avais servi à quelque chose… Et tant la famille du premier que le patient du deuxième m'ont remercié, et ils ont compris pourquoi on était là, et qu'on rendait service…

E1 : Juste autre chose c'est que l'exemple des Urgences, c'est qu'il y en a beaucoup qui réalisent que vous leur rendez service sur des choses urgentes, sur un infarctus, sur un AVC, clairement, ça crée une reconnaissance… Et que par contre, les médecins qui étaient de garde avant le dimanche après-midi, moi je les vivais un peu comme ça … Je me disais, et bien en fait, on peut… Comme on ne peut pas faire de l'urgence tiptop, du déchoc etc… Les situations qu'on gérait c'était de la gériatrie et autre, et bien finalement on pouvait faire un peu de cet éclairage autrement, que vous habitués à aller à toute vitesse et autre… Et c'est vrai que je trouvais ça intéressant de voir ce regard différent aux urgences, qui pouvait apporter autre chose…

Intervenant : Et dans la première situation là dont tu parlais, si je comprends bien, là où tu t'es senti bientraitant avec cette famille tu sais à qui tu as expliqué les choses… C'était de prendre du temps avec eux ? C'était de remettre du sens sur ce que tu étais en train de faire ?

E2 : C'était de leur expliquer une démarche de limitation qui est quand même particulière, et qui est complexe… leur expliquer les anomalies qu'eux voient, et sur lesquelles on ne fait rien, tout en même temps en donnant du soin et du confort au patient lui-même, puisque c'est quand même lui le premier concerné… Euh… Et où ce monsieur, on a pu agir sur les choses qui lui créaient de l'inconfort et mettre un peu de côté ce qui était secondaire clairement, la décompensation cardiaque qui n'était pas au premier plan, et je trouve qu'à

lui, on lui a bien rendu service en jouant sur ce qu'il ressentait, et en même temps, faire comprendre ça à la famille, permettre à la famille d'être encadrante, en fait être main dans la main avec la famille, dans l'encadrement du patient quoi…

Intervenant : Et donc là, dans vos situations, surtout là avec les soins palliatifs, il y a la notion d'équipe aussi ? Qui fait qu'on se sent bientraitant ?

E1 : Je ne pense pas qu'on puisse être bientraitant tout seul je pense… On ne peut pas médicalement… On aura beau prendre le temps de s'asseoir, de voir ce que la personne sait, de voir son projet à elle, les thérapeutiques, et l'élaborer avec elle, si le reste de l'équipe ne se comporte pas dans ce même objectif et avec ce même respect de la personne là où elle en est, on n'est pas bientraitant…

E2 : C'est sûr et certain, entre nous qui apportons plus un confort moral par le temps qu'on passe à discuter avec eux (non pas que les autres ne le fassent pas mais…), et les soins physiques faits par l'infirmière, par l'aide-soignant, la façon dont tout le personnel considère le patient et le prend… C'est sûr que la bienveillance c'est un travail d'équipe… Enfin la bientraitance, pardon … A l'inverse, je pense que la non bientraitance, c'est clairement quelque chose qui peut se diffuser dans une équipe, enfin nous on le voit… On a pas tous les mêmes caractères et quand on voit des chefs un peu stressés ou qui se mettent un peu la pression, l'équipe est stressée derrière, et le patient ce n'est pas la même, c'est certain.

E1 : Et c'est aussi, et je pense que c'est pareil aux urgences, c'est aussi l'accord entre les différents médecins… Nous pareil à la maison, il y a le médecin du service, l'oncologue qui va dire un truc, le médecin traitant qui va dire un autre truc, il y a nous, et en fait, notre rôle, nous pour être bientraitant, c'est justement de mettre du lien et de l'unité dans ce qui est dit… Parce que je pense que ce qui est très maltraitant pour le patient, c'est quand il a des échos très différents des professionnels de santé qui ne sont pas d'accord, et où ils se sentent un peu ballotés, où ils ne comprennent plus trop, tout le monde dit quelque chose et son contraire, et il faut remettre un peu de lien là-dedans. Donc c'est non seulement au sein de l'équipe mais aussi, entre les différents spécialistes qui suivent le patient…

E2 : Je pense que clairement ce que l'on peut faire de pire quasiment à un patient c'est de montrer des failles ou des divergences au sein d'une équipe…

E1 : Oui

E2 : Je me souviens quand j'étais interne, de chefs qui s'engueulaient dans les couloirs devant les patients, et visuellement les patients qui remettaient leur vie à « on ne sait plus qui » et clairement, c'était l'horreur pour eux… Et montrer un désaccord au sein d'une équipe, c'est dévastateur en termes de message au patient et de confiance que le patient place en nous, c'est terrible…

Silence

Intervenant : Très bien… Deuxième question : Quelle place cette notion occupe-t-elle dans votre pratique ?

E2 : J'espère que tout le monde fait la même réponse à cette question, enfin tous ceux que vous interviewez… qu'on essaie de le faire en permanence, dans la façon dont on parle au patient, dans la façon dont on répond à sa demande, dans le temps qu'on essaie d'apporter, dans les thérapeutiques qu'on essaie d'apporter aussi, le choix des traitements parce qu'on sait que certains sont mieux tolérés que d'autres pour la même efficacité, dans le message de confiance qu'on essaie de leur donner pour qu'ils s'en remettent à nous… C'est forcément central, c'est forcément la base de notre boulot… Je ne sais pas quoi dire de plus que c'est le centre…

E1 : Je n'ai rien à rajouter…

RIRES

Intervenant : vous n'avez rien à rajouter ? Question 3 : Dans quelles situations vous êtes-vous sentis moins bientraitant que ce que vous auriez voulu être ?

E1 : Je reprends un peu ce que j'ai dit au début… Ça peut être soit parce qu'il y a des messages différents patient / famille, et donc du coup on essaie de faire des compromis, de s'adapter et… Du coup voilà, on est un peu frustré je pense, de se dire qu'on n'a pas répondu aux projets du patient… Soit c'est parce que l'on n'est pas en forme, il y a des jours, je suis obligée de me reprendre en me disant « bon ! Il faut que je remette la même énergie que pour un autre patient ! » Mais il y a des moments où on en a ras le bol, je trouve, de les enchainer en plus…Il y a des jours, hein, ou quand on a 3 patients qu'on nous demande de ramener à la maison et qui sont tous les 3 en soins palliatifs, et qu'on va les évaluer les uns après les autres, on se dit « Ras-le-bol quoi ! » … Je pense que le dernier, alors c'est ponctuel hein, mais on a plus de mal à s'investir de la même manière, parce que peut-être on est ailleurs… Et puis, je crois aussi parfois, qu'avec le… Parfois j'ai été déçue aussi de l'équipe, en me disant que j'aurais voulu qu'ils soient autrement voilà…et du coup c'est l'HAD, donc moi aussi, je, on fait partie de l'équipe donc euh…on peut être déçu et se sentir moins bientraitant… Et puis il y a des patients avec qui on ne se sent ni bientraitant ni maltraitant, mais en fait où on est plus dans le fait de se dire « on essaie de ne pas être maltraitant », souvent je pense aux patients qui ont été pris en charge pendant très longtemps aux soins palliatifs, que vous connaissez très très bien, et qu'on va ramener à la maison… Souvent, ce sont des patients qui savent qu'ils vont faire les allers-retours, quand ils sont d'abord passés en oncologie, ils ont

les soins palliatifs qui les ont souvent gardés longtemps, beaucoup cocoonés, et du coup je pense à la maison, on a plutôt l'impression d'être des prestataires de service, et de peut-être pas avoir tout à fait le même investissement… Alors voilà, on essaie d'être performant médicalement, alors est-ce que c'est de la bientraitance ou pas ? D'être vraiment sur le respect de la personne, sur la réponse à la douleur, mais en fait il n'y a pas ce lien et du coup c'est moins, enfin on ne se sent pas bientraitant, on se sent non maltraitant, et on se sent moins utile probablement…

Intervenant : Au sens où la bientraitance ça sous-entend une dimension comme…

E1 : Oui

Intervenant : émotionnelle du soin ?

E1 : Emotionnelle ou pas, mais voilà… En fait, cette bientraitance, mais on en a peut-être moins conscience quand il y a déjà une sorte de prise en charge globale déjà bien claire, et que voilà, nous on est juste un intervenant de plus, et en fait…

E2 : Au début tu parlais des jours où on est fatigué, et j'ajouterais des jours où on est… enfin, en fonction du patient et de ce que sa pathologie nous renvoie… On a des vécus, familiaux, psychiques, différents, et je ne sais pas si vous avez beaucoup de psychiatrie à l'HAD

E1 : Non

E2 : Nous on en est envahi, enfin, on en a vraiment beaucoup, et je trouve ça passionnant, j'aime beaucoup et en même temps, il y a des structures qui font écho, ou d'autres qui ne font pas écho mais plutôt « Qu'est-ce qu'il me casse les pieds celui-là » … Je pense que les patients que l'on connait bien, qui viennent souvent chez nous pour des motifs à la con, et où les 3 premières fois on est bientraitant, et puis après on en peut plus, on est plus du tout bientraitant pour ces gens-là… Et je dis souvent aux internes, en France, on peut soigner quelqu'un qui est insuffisant cardiaque au dernier degré, insuffisant rénal au dernier degré, insuffisant respiratoire au dernier degré etc… A partir du moment où il y a une insuffisance cérébrale, où il y a un trouble cognitif, une pathologie psy, ou quelque chose comme ça, les gens n'ont plus la même prise en charge au niveau médical, s'il y en a un qui vient avec une douleur thoracique même hyper typique, et bien il aura son ECG au bout de 6H d'attente, et puis « il y a un ST ? Non, on va recontrôler si jamais ! » … Enfin typiquement, je pense qu'avec ces gens-là, on n'est pas bientraitant, par épuisement, enfin ce n'est pas une pierre que je nous lance, je pense que c'est par épuisement de tout le monde, et qu'ils sont autant responsables que victimes de cet épuisement…mais clairement, on n'est pas bientraitant dans ces situations… On parlait tout à l'heure des petits vieux qu'on laisse 25 heures sur un brancard avec son col du fémur pété avec une petite hydratation… Et que l'aide-soignante qui va la changer pour la 5ème fois, y va en gueulant « putain, qu'est-ce que j'en ai marre de mon métier » c'est du vécu, hier, c'est du quotidien… C'est du quotidien de gens qui sont tout à fait admirables dans leur profession, mais c'est du quotidien de gens qui sont épuisés, qui débordent, qui craquent…

Je me souviens il y a quelques mois, d'une aide-soignante qui s'est fait taper dessus par une famille de patient, et je récupérais le PU le soir… Une famille de patient, nombreux, qui avaient menacés de revenir avec le fusil de chasse, ce qu'ils avaient déjà fait dans le passé, parce qu'on les connait ces gens-là, et donc je récupère le PU le soir, l'horreur, 30 patients non vus, 6h d'attente, une administration avec l'administrateur de garde qui se trouve être le directeur de l'hôpital, je ne citerais pas, à qui on explique que l'équipe, là, ça ne va pas, qu'il faut venir, qu'il faut sécuriser les lieux et appeler la police, et qu'il faut que lui vienne faire de la présence… Et sa réponse c'est « Je ne vais pas venir, ça ne sert à rien… Et la police ça ne sert à rien de les appeler, ils ne viendront pas, et bon courage pour la nuit » en gros… Et au final, j'ai appelé la police qui m'a dit « on ne peut pas assurer une garde en continu devant chez vous, mais autant que possible, on va passer… » … Et entre chaque intervention, ils venaient boire un café avec la fille de l'accueil… Ils sont venus 3 à 4 fois, ils sont restés à chaque fois 1 heure, énorme… Et tout ça pour dire que cette nuit-là, j'ai vu des aides-soignantes, changer un monsieur qui n'avait aucun trouble cognitif, qui était parfaitement présent, personne âgée, qui s'était fait dessus, parce que col du fémur et que voilà, et une AS qui est pourtant quelqu'un de très très bien, qui dit devant le patient, en le changeant « putain, changer les mains dans la merde, je n'en peux plus de ce métier… » Devant le patient, dans son box… Et là on parle de la bientraitance…

E1 : C'est triste, mais ça témoigne du mal-être surtout… Et du fait que l'administrateur n'a pas été très bientraitant envers les équipes…

E2 : Ce qui revient à ce qu'on disait tout à l'heure, c'est-à-dire que la bientraitance ce sont des maillons qui s'enchainent et qu'il y a la bientraitance envers le patient, envers sa famille mais aussi du personnel entre lui, ou envers lui aussi…

E1 : Et c'est vrai que je trouve aussi que, sur toutes les personnes âgées, même médicalement, donc on a parlé tout à l'heure de la maltraitance de l'équipe vis-à-vis des personnes âgées parce qu'elles n'ont pas assez de temps et parce que machin… Mais il y a aussi, en tout cas moi, quand on disait quand est-ce que vous vous êtes sentis moins-bientraitant, le temps où j'ai été en USLD, je sais que c'est un mode d'exercice qui ne me va pas, parce que je n'aime pas le long, le chronique, le… Et du coup je me sentais effectivement nettement moins bientraitante, enfin j'avais vraiment la conscience, un peu ce que tu disais sur l'ECG, la lassitude de se dire « et voilà, je le revois encore » et ça amène une moins grande vigilance et puis je reste polie, agréable, je parle toujours au patient, mais en fait en écoutant moins, en étant moins présente, et en fait c'est très personnel, mais je pense que les patients le ressentent de toute manière… Quand on est ailleurs, quand on a pas envie d'aller les voir, quand on nous dit qu'il est constipé, et que ça fait des mois qu'on n'a pas vu le patient parce qu'il est en long séjour et qu'on se contente de prescrire et qu'on ne va pas le voir, je pense qu'on n'est pas dans la bientraitance,

on n’est pas dans l’écoute… S’il était à domicile, il aurait sa visite avec son médecin généraliste… Et je pense que, comme on le met bien au centre, tous, de notre activité, le fait de percevoir- soit on ne s’aperçoit pas qu’on est maltraitant, mais je pense que la majorité des médecins s’aperçoivent très bien quand ils sont maltraitants- et du coup ça devient compliqué avec soi-même quand on n’est pas dans la bientraitance quoi… Et on arrive vite à l’épuisement professionnel comme tu disais pour les soignants…

Intervenant : Est-ce que vous avez des choses à rajouter sur cette question ?

E2 : Ça me fait penser à un autre aspect, mais je ne suis pas sûr que ce soit très fréquent… Mais la moins-bientraitance médicale, c’est aussi parfois l’acharnement, l’acharnement dans le soin… Mais je n’ai pas l’impression d’en être trop souvent témoin… Je pense que c’est quelque chose que les médecins sont quand même bien sensibilisés, et que j’ai rarement vu des patients ou je me suis dit « franchement, qu’est-ce qu’on leur inflige ! » … En tout cas j’ai l’impression qu’aux urgences, on est même parfois dans l’excès inverse, on est un peu facilement à se dire « aller, ça va aller... » …

E1 : Hier pour donner un exemple, alors ce n’était pas moi d’astreinte, mais je pense qu’on n’a pas été bientraitant en terme HAD avec une dame de 99 ans qui s’est retrouvée aux urgences…enfin je pense que personne n’est satisfait quand on voit ça…

E2 : Indépendamment de la HAD d’ailleurs, une personne de 99 ans qui se trouve aux urgences, c’est qu’il y a un raté quelque part…

E1 : Oui mais à fortiori, si tu veux c’est quand même assez lamentable…

Intervenant : Mais est-ce qu’on peut être tout le temps bientraitant ? Tout à l’heure tu parlais de ce patient dépressif, et tu disais que tu étais resté longtemps avec lui parce qu’il était… ?

E2 : J’ai honte maintenant !!!

Intervenant : Mais non, c’est intéressant !

E2 : C’est vrai qu’on reste des humains, alors on s’implique plus avec des patients avec qui le contact passe, des patients – c’est affreux de dire ça – mais des patients intéressants désolé, mais évidemment qu’on s’implique plus que dans l’entorse de cheville du bourré de 5h du mat’ qui t’insulte… Mais ça se voit d’autant plus qu’on a des… Enfin ça on a tous vu, quand on a une famille qui est agressive, qui nous gueule dessus sur une situation médicale un tant soit peu complexe, c’est toujours cette situation là où on va tout merder derrière… C’est toujours cette situation là où l’infirmière va oublier d’étiqueter un tube, ou alors on va oublier de lui doser un truc, ou alors on lui a fait tel soin alors qu’il ne fallait pas ou alors on a oublié de se transmettre qu’il fallait faire un soin et … C’est toujours pareil, donc au final, je le dis de façon peu éthique, mais en fait, c’est quelque chose qu’on voit au quotidien… Les patients avec qui ça se passe bien sont mieux traités. Et je crois que ce sont les Israéliens qui ont fait une étude sur le taux d’erreur médicale en fonction du degré de sympathie mais ce n’est pas le bon mot… de contact qui passe avec le patient et la famille, et ils ont vu significativement, scientifiquement, des valeurs d’erreurs médicales plus élevées chez les patients avec qui il y avait un conflit… C’est le prolongement du même phénomène, hein ? Personne n’aime rester dans un box à se faire insulter…

Silence 10 secondes

Intervenant : D’autres choses ? Question 4 : Quelles solutions trouvez-vous au quotidien quand la prise en charge est efficace mais non satisfaisante ?

E1 : Euh, je ne sais pas, pas efficace pour qui ? Efficace pour qui ? Pour le patient ? Non satisfaisant pour qui ? Pour le patient ? Pour le soignant ? Pour nous ? Je ne sais pas parce que du coup, c’est plus interne, c’est-à-dire que… Oui, j’ai du mal à comprendre la question parce que …

Intervenant : Si on dit « non satisfaisant pour toi ? »

E1 : Si on dit que moi je ne me sens pas bientraitante ? Mais que ma prise en charge est efficace ? Eh bien, soit ça vient de l’ensemble de l’équipe, et dans ce cas-là, j’essaie de reprendre avec l’ensemble de l’équipe, c’est les staffs, les moments où l’on se pose ensemble…C’est souvent difficile d’ailleurs je trouve, de dire à quelqu’un en particulier… Par exemple dans les équipes, ça ce n’est pas nous, mais souvent je suis avec un patient, dans une chambre, on discute, et c’est vrai que j’oublie de mettre la présence… Et le nombre de personnel aide-soignant qui entre sans frapper est quand même hallucinant ! Au moins donner un coup pour dire j’arrive ! Et non, ça rentre comme ça… et je me dis « Bon sang, maintenant j’ai l’âge et je pourrais dire aux aides-soignants, aux infirmières, aux internes et autres « vous pourriez peut-être frapper avant d’entrer ? » … Et je n’ose pas… Mais ça va peut-être venir après cette réunion ? Donc voilà, compliqué de cadrer les soignants et les équipes, enfin de cadrer… de faire aller les équipes vers la bientraitance… Après, j’ai envie de dire c’est souvent une question de motivation, donc c’est soit que moi, ça va moins bien, ou que effectivement avec le patient ça ne passe pas… Je n’ai encore jamais laissé de patient à un collègue parce que ça ne passait pas… Dans ce cas-là, je ne suis pas dans la maltraitance, je ne suis peut-être pas non plus dans la bientraitance, mais si ma prise en charge est efficace, j’essaie de me déculpabiliser pour être moi-même dans la bientraitance envers moi-même, pour pouvoir continuer ce que je fais… En me disant que voilà, même si là je n’ai pas l’investissement

qu'il faudrait, l'écoute qu'il faudrait pour être dans la bientraitance, n'empêche que médicalement je m'en occupe bien, que j'essaie de faire les choses comme il faut, et voilà, j'essaie d'être bientraitante envers moi-même dans ce cas là…

E2 : C'est beau ça !

RIRES

E2 : Pareil, j'ai un peu du mal à cerner la question, ça évoque pas forcément une situation, enfin je ne me rends pas compte d'une situation à laquelle ça fait écho en moi… Après je pense qu'aux urgences, on a pas mal la culture de demander son avis, que quand il y a une situation qui nous plait pas, on se tourne beaucoup vers les spécialistes, vers les collègues, vers les copains, côté « et toi, t'en penses quoi ? » … En plus, on est quand même bien loti chez nous, on a maintenant une psy H12, 6 jours sur 7, plein d'avis multiples avec des personnalités diverses, et puis on a aussi une grande, une grosse proximité entre les médicaux et les paramédicaux, où on se fréquente tous, on se connait tous en dehors du boulot, et du coup on a une grande facilité à demander les avis les uns des autres, y compris entre profession, et ça m'arrive fréquemment quand j'ai un doute, par exemple au SMUR, de me tourner vers l'infirmière, et de lui demander « Est-ce que ça te va ? Est-ce qu'il y a quelque chose de plus que tu ferais ? » A la fois sans arriver à cerner à quel type de situation ça ferait écho, à la fois je pense que la solution chez nous serait, est toujours de se tourner vers le copain d'à côté parce que on est un service ou on s'entend tous très bien et où il y a un gros sens de la communication et de l'échange… Du coup je pense que si je me trouve dans une situation où « la prise en charge est efficace mais non satisfaisante » je me tourne vers mon copain de droite ou de gauche et la solution vient de l'intelligence collective quand il y en a !!!

Intervenant : Et là, tu as parlé des patients chroniques qui reviennent régulièrement aux urgences, dans ce genre de situations, qu'est-ce que tu verrais comme solutions, si solution il y a ?

E2 : Je dirais qu'on essaie plus d'être ni efficace ni satisfaisant, je repense à ce monsieur que vient très souvent aux urgences, qui est complètement grillé par l'alcool, et quand il vient, autant on a des psy chroniques pour qui on a de l'empathie, autant lui, personne ne s'intéresse plus vraiment à lui, et où clairement, on n'essaie plus d'être ni efficace, ni bientraitant ni rien, et la dernière solution qu'on a trouvé c'est de l'envoyer en hospitalisation psychiatrique sous contrainte, donc pour l'instant il ne vient plus… Mais il va revenir…Et à la fois on a tous sabré le champagne et en même temps, on se dit que ce monsieur est dans une détresse pas possible, qu'on est au bout de tout ce que l'on peut faire en termes de proposition de soin…Je me souviens la dernière fois où je l'ai vu sur une garde… Bien sûr je le connaissais déjà, et là il me décrit un cancer digestif, l'asthénie, l'anorexie, il me décrit l'alternance diarrhée constipation, il me décrit le sang dans les selles, et à 5h du matin, je lui fais un TR, c'est dire si j'étais motivé. Je me dis, « cette fois, c'est bon, je lui fais la bio, je l'hospitalise, il va en gastro, il aura sa colo, la vie sera belle… » Et je le transmets à l'interne en lui disant » je sais qu'on le connait, je sais qu'il nous fait chier, mais cette fois, vas-y, j'y crois, je suis sûr qu'il y a quelque chose, il faut qu'on lui donne sa chance à ce monsieur… ». Et le surlendemain, j'ai revu l'interne et je lui ai dit « alors, tu lui as fait quoi à mon monsieur ? », « et bien écoute, 10 minutes après que tu sois parti, on l'a vu sur un scooter, avec sa perf qui trainait derrière… Voilà, du coup, rattaché à cette situation-là, on essaie plus de faire grand-chose… C'est une situation non éthique, non satisfaisante, et non efficace… C'est une impasse de non bientraitance, par épuisement de tout le monde …

E1 : Et du coup, la solution dans ces cas-là ce serait le relais théoriquement quoi… mais il n'y a plus personne là…

E2 : On se passe le relais, même entre différents centres, mais quand il n'y a plus de relais… Ce ne sont pas des situations ou on trouve une belle sortie d'impasse

Intervenant : Et oui, vous aviez parlé aussi tous les deux du relationnel, quand parfois le lien avec le patient est compliqué, dans ce cas-là, passer le relais, en parler en équipe, vous avez d'autres façons un peu de gérer ?

E2 : J'ai le souvenir de quand j'étais interne, en Médecine Interne, je reçois sur ma garde une dame que je ne connaissais pas et qui était connue du service, et qui a un lymphome, et qui vient ce jour-là pour une douleur abdominale, et on bilante complètement sa douleur abdominale et on l'hospitalise. En fait, elle avait eu 3 jours auparavant dans le bilan de son lymphome un scanner cérébral, ou il y avait des métastases partout… Sauf que, comme ce n'était pas mon problème du jour, et que le logiciel était fait de telle sorte que je ne pouvais pas voir qu'elle avait eu un scanner cérébral la veille, je ne m'en suis pas du tout occupé… Et on l'a fait monter des urgences, et on a continué la prise en charge dans le service où je travaillais… E donc ces douleurs qui trainaient, la famille qui était épuisante, agressive, et la dame commençait à se dégrader… Et clairement, on avait tous l'impression que la dame ne participait pas au soin, qu'elle se laissait aller… Elle se dégrade… Jusqu'au jour où un chef de clinique remarque ce scanner (elle avait changé d'unité…), et découvre qu'il y a des métastases partout, qui expliquent tout !!! Et où derrière, une famille avec qui c'était déjà conflictuel, se retrouve à ce qu'on leur annonce que le TDM qu'on a fait 3 semaines avant était complètement pathologique, et expliquait parfaitement ses symptômes… Et alors là ça a été la catastrophe, parce qu'on était mauvais médicalement, parce qu'on était plus bientraitant parce qu'elle nous avait tous épuisés, où clairement on n'était pas efficace, parce qu'on avait laissé passer ça sans rien faire (je ne sais pas si on aurait pu être efficace, mais…) et où la solution ça a été qu'elle parte de l'hôpital et qu'elle ne revienne plus jamais dans cet hôpital, où elle pensait d'ailleurs avoir attrapé ce lymphome, et on avait fait partir cette dame en unité de soin palliatif, et donc pour cette dame, on a pu passer le relais… Mais on ne l'a pas aidé, elle a juste passé ses jours dans une structure de soins pall, avec une nouvelle équipe où elle a pu probablement déverser sa haine

de notre unité qui lui avait fait attraper le lymphome cérébral… Et où elle a pu finir sa vie peut être un peu plus apaisée…Non satisfaisant…ça ne répond pas beaucoup à la question…

Intervenant : On passe à la question 5 ? « Que pensez-vous d'une obligation de bientraitance ? »

E2 : Ben…non surtout pas ! Parce que ça va de soi, parce que c'est évident, parce qu'on n'a pas besoin de le dire !

E1 : Parce qu'on n'aime pas les obligations !

RIRES

E2 : Non mais parce que… Parce qu'on est médecin quoi ! Ça fait partie du taf, il n'y a pas besoin de nous obliger à le faire, c'est comme si il y avait une loi qui nous obligeait à soigner les gens…Enfin, ça fait partie du contrat il me semble… En fait fondamentalement, la bientraitance ce n'est pas un devoir, c'est juste un sens humain qui fait que l'on fait de la médecine, et que si tu ne l'as pas, tu fais de la mauvaise médecine, si tu n'es pas bientraitant, c'est juste que tu n'es pas un médecin complet, tu n'es juste pas un bon médecin… Enfin, je mets plein de mots, mais vous voyez l'idée quoi…

E1 : Moi je suis bien d'accord, après il y a les petits détails de frapper aux portes et autre… de respecter l'intimité du patient et autre, qui à mon avis s'apprennent, et que c'est important qu'il y ait des gens pour leur apprendre, pour le rappeler et autre, mais après, c'est le cœur du soin, et tu n'es pas soignant si tu n'as pas envie d'être bientraitant… en tout cas envie… Et puis je pense que tu es d'autant plus bientraitant que tu es bientraité, et que tu n'es pas épuisé…voilà…

E2 : C'est ce qu'on disait tout à l'heure, c'est les maillons d'une chaine et chaque maillon est indispensable, et la façon dont la hiérarchie nous traite, dont l'administration nous traite, dont on traite nos collègues, bien évidement que…

Tous les services où j'ai trouvé qu'il y avait une mauvaise ambiance, il y avait des cons de médecins qui avaient des têtes de mule, mais à partir du moment où ceux qui sont supposés être à la hiérarchie la plus en haut diffusent quelque chose de positif, aux urgences où j'ai l'impression d'avoir des collègues qui sont tous agréables et facile d'accès, les parameds et ceux qui ont une tête de cons ne restent pas longtemps… ils se font virer, voir même ils n'arrivent pas en fait… et tout en découle, on a tous une influence les uns sur les autres…

E1 : Mais je pense qui si on en revient au long séjour, maison de retraite, EHPAD, dans un monde idéal, ce serait formidable qu'il y ait une obligation de bientraitance mais qu'en fait ce serait énormément culpabilisant pour toutes ces institutions, et que déjà on peut leur donner l'obligation de ne pas être maltraitant et qu'en fait, de leur dire ça et de leur rappeler tout le temps « non, vous n'êtes pas maltraitants, vous faites au mieux avec les moyens que vous avez et c'est ça qui est important… Et ce qui est important, c'est que vous ayez conscience de votre désir de bientraiter et d'avancer avec la personne… » … Sinon l'obligation de bientraitance ne serait pas vis-à-vis des médecins ou des personnels de santé – vous avez choisi d'interroger des médecins ? – mais plutôt au niveau étatique en fait, ou national… Si on veut instaurer une obligation de bientraitance, va falloir effectivement qu'il y ait du temps, et du monde, et après oui, il y aura toujours des patients épuisants, avec qui c'est difficile d'être bientraitant… Mais comme c'est le cœur de notre métier, je pense qu'on est capable de bien s'occuper d'eux et d'être bientraitant, si on n'est pas justement sous pression…

E2 : Et je pense aussi à ça, si on voulait mettre en place une obligation de bientraitance, ça voudrait dire qu'il faudrait qu'il y ait des critères objectifs de bientraitance, et c'est quand même compliqué d'évaluer quelque chose comme ça, quelque chose qui est presque comme l'ambiance générale qu'on essaie de mettre dans le soin et dans l'intention envers les personnes … Evaluer, pouvoir mettre sur le papier « ça je l'ai fait donc je suis bientraitant… »

E1 : C'est ce qu'on disait au début, pour être compétent parfois on ne peut pas être bientraitant, il y a des examens que tu imposes aux gens qui ne sont pas de la bientraitance, mais parce que tu n'as pas le choix… Parfois tu ne peux pas être bientraitant parce que l'entourage pense différemment, mais ça reprend un peu ce qu'on disait depuis le début…

E2 : Sans compter que la bientraitance que nous on estime mettre n'est pas forcément perçue… J'ai le souvenir d'une intervention SMUR que j'avais faite, c'était un monsieur de 30 ans qui rentrait du foot, et il arrive dans son appart où il y avait sa femme, son petit de 1 mois et ses parents… Il arrive et il s'assoit sur son canap' et paf il s'effondre… ACR brutal et on arrive là-dessus, 30 ans quoi…pas d'antécédent… Et on fait une réa, franchement, j'ai pas du tout d'estime de ma pratique, mais franchement, là on avait rien à se reprocher…Avec une image que je garderais toujours en tête, les pompiers massaient, l'ambulancier gardait le gamin de 2 mois dans les bras, devant le père en train d'être massé, parce que la famille n'était pas du tout capable de la prendre en charge… Et puis quand l'infirmière avait fait l'adré, elle venait reprendre le bébé à l'ambulancier, elle prenait sa place, elle lui donnait le biberon et puis l'ambulancier relayait les pompiers qui massaient… Et moi j'étais en arrière, et j'avais presque envie de prendre une photo, c'était vraiment un moment incroyable… Et du coup, il y avait la famille qui était complètement explosée et le régulateur me dit « mais attend, on est dans les délais, tu es arrivé tout de suite, il a été massé tout de suite, il est dans les délais pour le don d'organe, il a trente ans, il n'a pas d'antécédent, faut y aller, il faut proposer… » Et du coup je me suis retrouvé à annoncer à la famille que leur fils était mort. La réaction était « non, il va se réveiller… ». Et où je leur ai dit qu'il pouvait peut-être aider des gens, j'y ai mis les formes etc. mais je me suis pris… Ils n'ont pas été agressifs avec moi, mais ce n'était vraiment pas possible d'entendre ce message là et où je suis sûr que si on demandait à cette famille là ce qu'ils ont pensé de l'intervention,

je pense qu'ils vont garder à peine le souvenir que je leur ai parlé, ils vont se dire « en plus il nous a proposé de le charcuter pour faire du don d'organe » et où voilà… Leur vision de la bientraitance, là, elle va être toute relative… alors que vu de mon côté, médicalement ça a été parfait, relationnellement on y a passé un temps fou, on a laissé toute la famille aux mains de la sœur qui est arrivée après coup qui a géré toute la situation et qui est vraiment un aidant de poids… et où je me suis dit « là on était bon, là ce n'était pas mal » … Et du coup, la bientraitance, là c'est pareil, comment tu l'évalues, de quel point de vue tu l'évalues, une famille qui n'entend pas forcément les mêmes raisonnements que nous… C'est le jus de poire, ça me rend logorrhéique…

E1 : Tu as eu des retours de cette famille ? Parce que si ça se trouve, au contraire…

E2 : Non, et puis c'est très difficile, c'est très difficile de les recontacter derrière… Au fait, vous avez trouvé comment la prise en charge ?

RIRES

E2 : J'avais beaucoup réfléchi à cette intervention parce que sur le chemin du retour de la prise en charge, mon infirmier et mon ambulancier étaient tous les deux pères de famille, et du coup, la scène où ils ont nourri le bébé devant le père en train d'être massé, ça les a bien brassés… C'était une infirmière qui avait beaucoup plus d'années que moi dans les pattes, et l'ambulancier pareil et ils étaient tous les deux en larme, et je leur ai dit juste – mais en fait on ne parlait pas le même langage – « vous vous rendez compte que si on avait filmé en disant que c'était ça le SAMU, on serait…

E1 : Fier de ce qu'on fait !

E2 : Oui, fier de ce qu'on a fait… C'était assez marquant…

Silence

Intervenant : Est-ce que vous avez des choses à rajouter ?

E2 : Non

Entretien collectif numéro 6

Intervenant : Présentation de la recherche qualitative. Il n'y a ni jugement, ni bonne réponse.

Le sujet c'est la Bientraitance. On a choisi ce thème parce que c'est un thème qui est actuel, à la mode, dont on entend de plus en plus parler, et qui est un critère qualité aussi de la HAS. Il y a des études qui ont été faites sur des patients, des écrits de philosophie aussi, de sociologie… Mais pas de la représentation des médecins de cette notion. Donc voilà, le but c'est de savoir une application un peu clinique dans votre pratique parce que le but c'est pas de poser une définition, parce que ça a déjà été fait, par des sociologues, des philosophes, mais nous on a pax cette formation pour faire cette définition…c'est plus de la pratique au quotidien…On vous passe la diapo des clauses de cette recherche, prenez le temps de la lire :

Votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
Vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez, sans en supporter aucune responsabilité
Vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions qui vous seront posées
Les données recueillies seront traitées de manière confidentielle ; et que si elles devaient être utilisées pour donner lieu à une publication, elles seraient anonymes
À tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
Nous nous tenons à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectuées
Les enregistrements seront détruits dès la fin des travaux

Et donc bien sûr, vous pourrez avoir un retour sur l'avancement de la thèse ! On vous pouvoir commencer… Donc un petit brainstorming, comme ça, la bientraitance, qu'est-ce que ça vous évoque comme ça spontanément ?

F1 : Moi je trouve que c'est large, parce que la bientraitance en pédiatrie, on ne peut pas interroger les enfants déjà sur ce qu'est-ce qu'eux appellent la bientraitance contrairement aux adultes… La bientraitance ça englobe l'enfant, ses parents, tout son environnement autour de lui, la bientraitance sur son lieu de socialisation, sur la crèche, sur l'école, son avenir… Enfin ça sort un peu du champ de l'hôpital mais c'est assez large…

F2 : Effectivement c'est large, mais même s'il y a des particularités à la pédiatrie, je pense qu'effectivement qu'en médecin adulte c'est assez large aussi puisqu'on inclut la famille du patient et pas que le patient… Si on envisage la bientraitance du patient dans sa globalité, c'est sûr qu'il faut aussi l'envisager dans son rapport avec la famille et dans son environnement et pas que se focaliser… Alors c'est vrai que c'est particulier à la pédiatrie le fait que ce soit des enfants, mais c'est vrai qu'on peut élargir au patient dans son environnement… Et c'est vrai que bientraiter le patient, c'est aussi être bientraitant dans les informations qu'on donne à la famille… L'individu n'est pas seul dans son coin, finalement c'est assez rare d'avoir un individu qui est tout seul hospitalisé complètement isolé, même si ça peut arriver… C'est vrai que c'est large… Il y a plusieurs axes du coup que l'on peut développer sur la bientraitance, et probablement qu'elle existe à tous niveau, que ce soit en hospitalisation, en consultation, dans différents cadres, c'est sûr, je pense que c'est une évidence... Je pense le premier point c'est répondre aux attentes du patient, au pourquoi il vient, en hospitalisation ou en consultation…Répondre à ses questions même si nous on peut être focalisé sur autre chose, mais c'est répondre à sa question, et il ne vient pas forcément pour les choses pour lesquelles on s'y attend, ou pour lesquelles on va se focaliser dessus… Et la première chose c'est de répondre à leurs questions et à leur motif de venue…

Silence

F1 : Je pense que ça passe aussi la bientraitance dans le vif du sujet de l'organisation, comment dire… de l'hospitalisation en soi… Dans le sens ou comment ça se passe pendant l'hospitalisation, les interactions avec les infirmières, les aides-soignants, que tout soit fluide aussi, ça je pense que c'est un axe qui…qui est global…

F2 : C'est-à-dire que ce n'est pas individuel quoi…c'est vraiment global… Pour moi la bientraitance passe par toute l'équipe, et c'est vraiment un travail d'équipe, c'est-à-dire qu'effectivement, c'est…

F1 : Une dynamique d'équipe

F2 : Une dynamique d'équipe et effectivement, si derrière il n'y a pas une cohésion d'équipe, il est possible qu'effectivement on soit maltraitant entre guillemets vis-à-vis de certains patients parce que c'est un travail d'équipe, ce n'est pas quelque chose d'individuel… Ça c'est clair… Après, personne n'est parfait et c'est à la mode de dire que la bientraitance des patients oui, mais faut-il penser à la bientraitance du personnel également ! Parce qu'effectivement, ce qu'on fait et les actes qu'on fait, sont aussi le reflet de nos sentiments, de notre relation dans l'équipe, de notre bientraitance aussi… C'est effectivement plus difficile d'être bienveillant avec les patients si nous on a l'impression d'être…enfin si on ne l'est pas vis-à-vis de nous… Même si dans le monde idéal, il faudrait qu'on soit – enfin peu importe, c'est un peu le principe de l'empathie- qu'on fasse abstraction un peu de nos propres ressentis, toujours à la bonne distance vis-à-vis du patient mais… Mais c'est vrai que ça joue…

F1 : C’est important ça je pense ce que tu soulignes, enfin bientraiter le patient, c’est aussi et c’est difficile de faire abstraction de moi comment je vais, de comment je suis traité, et que finalement c de faire abstraction de moi comment je vais, de comment je suis traité, et que finalement c’est le patient qui compte…Et ça c’est… Et si on n’est pas bientraité nous-même, on ne peut pas bientraiter l’autre…

F2 : Ça je suis entièrement d’accord ça… Et après la question qui se pose toujours, c’est finalement pour tous les patients on va être exactement au même niveau de bientraitance si je puis dire, parce qu’il y a forcément des patients, de par leur comportement, qu’il soit voulu ou pas, les pathologies qu’il a pu avoir, on a forcément pas le même relationnel au patient et que je pense que pour être bientraitant, il faudrait avoir globalement le même comportement, le meilleur comportement vis-à-vis de chaque patient,… mais je pense que ça reste une difficulté, parce que dans le relationnel, on n’est pas pareil…On n’est pas prédisposé pareil, on n’a pas les mêmes armes, dès fois on ne sait pas répondre aux questions des patients, on ne sait pas utiliser leur propre langage, et là on peut être un peu malveillant si je puis dire, enfin pas dans la bientraitance parfaite, parce qu’on arrive pas à répondre aux questions et que ça nous énerve, et que c’est pas évident…

F1 : Oui, ou il y a dès fois des histoires d’affinité, ou selon les caractères, on arrive plus à communiquer avec certains patients qu’avec d’autres…

F2 : Effectivement, avec certains patients, je ne sais pas, les patients qu’on pourrait dire un peu chiant ou autres… Ça nous arrive, d’avoir des patients un peu chiants, ou des parents… Et on se rendra compte qu’indirectement sans s’en rendre compte, on ira peut-être moins les voir ou on les verra mais on passera peut-être moins de temps…pour leur expliquer les choses, et là, effectivement, on pourrait être meilleur et être mieux, mais ce n’est pas…

F1 : Après c’est l’avantage je pense de l’hôpital, et d’être plusieurs intervenants possibles, et moi je le vois, parfois il y a des parents typiquement avec qui ça ne passe pas moi, par exemple, et avec qui ça passera mieux avec une de mes collègue… Et on arrive à le faire, à peu près…

F2 : C’est l’avantage de la dynamique d’équipe quand il y a une équipe très soudée… Et en même temps, on s’influence entre nous…et il suffit de dire que tel patient est un peu moins commode, et forcément la dynamique d’équipe va faire qu’on va être plus ou moins en accord sur … Effectivement on peut avoir un feeling diffèrent, chaque personne a un feeling différent, mais il y a quand même une ambiance un peu particulière vis-à-vis de chaque patient qui fait que on peut avoir tous un avis similaire sur la même personne… Je vois moi en médecine, les patients avec lesquels finalement on a le plus de problème, c’est peut-être les traits psychiatriques je pense. Parce que c’est difficile, parce que le contact est difficile, parce qu’on n’a pas les mêmes retours qu’avec une personne lambda… Je pense qu’en médecine somatique, on n’est peut-être pas armé suffisamment, et on a peut-être pas la patience et le temps… Je pense que la bientraitance nécessite du temps aussi, et ces patients-là nécessitent plus de temps… C’est chez eux chez qui on est peut-être les moins bientraitants, c’est chez eux chez qui il y a le plus de trucs à améliorer…Mais je pense que c’est parce qu’on n’est pas armés, et parce qu’on manque de temps... Et de temps en temps, juste le manque de temps qu’on a pas à accorder parce qu’on est dans d’autres taches, ça peut être le début de la mal...traitance… en tout cas de la non bienveillance quoi…C’est vrai que les infirmières, les aides-soignantes ont peut-être un peu plus ce temps-là, et compensent peut-être un peu ce temps qu’on a pas, mais globalement, je pense qu’on peut peut-être s’en sortir… mais avec les équipes qui sont un peu à bout ces derniers temps, je pense que ce n’est pas évident…

F1 : Moi je vais être un peu plus positive…

RIRES

F1 : Non mais dans le sens ou tout à l’heure, en venant, je me disais « bon alors, la bientraitance, qu’est-ce que c’est pour moi ? » et en fait je me dis que ce n’est pas forcément quelque chose qui a besoin d’être réfléchit… En tout cas, j’ai la naïveté de penser que ce n’est pas forcément quelque chose qui a besoin d’être réfléchit, et que ça doit être quelque chose qui doit un petit peu couler de source entre guillemets… Parce que si on a choisi de travailler à l’hôpital, au départ, pour la plupart d’entre nous, c’était pour s’occuper de l’autre, de soigner, plus ou moins de guérir, et que finalement, c’est effectivement la pression du temps qui manque, du manque d’effectif (enfin surtout en ce moment) qui fait que cette bientraitance elle est moins au premier plan… mais par manque de moyens techniques je pense…que ça se perd un peu je pense…

F2 : Clairement, je pense qu’a la base, on a tous cette envie de bien faire, d’apporter, d’aider les personnes qui nous consultent, d’apporter des réponses à leur questions et je pense que souvent ils ne viennent pas pour un diagnostic ou pour un traitement, mais juste pour un problème, ou un symptôme et je pense que juste, enlever leur angoisse, répondre à leurs questions, même sans poser de diagnostic ni donner de traitement, on est déjà dans la bientraitance finalement… Juste de les recevoir en consultation, de les hospitaliser, on est déjà dans une forme de bientraitance implicite, parce qu’on les reçoit, on est là pour écouter ce qu’ils nous disent, écouter leur plainte, et essayer de répondre à leurs problèmes et tout ça… De base, je pense que quand on consulte ou quand les gens sont hospitalisés, on est déjà dans une démarche implicite de bientraitance parce qu’on est là. La première chose qu’on fait quand on arrive dans une chambre c’est « pourquoi vous êtes là ? Quel est votre problème ? » Donc on est déjà, dans la mesure où on pose cette question-là, c’est qu’on compte répondre à cette question tout ça… Donc de base, je pense qu’on est dans la bientraitance dès le début… sinon, on ne fait pas le métier qu’on fait… Et si on n’est pas dans cette optique-là, c’est vraiment qu’on est très très frustré, et qu’il faut penser à changer de métier… Mais bon…après c’est les moyens de la mettre en œuvre tout ça… Et puis après, on peut aussi se projeter, se dire « si moi je consultais ou j’étais hospitalisé… » et je pense qu’on a tous déjà consulté et été hospitalisé, et on sait un peu ce qu’on attend de la

bientraitance, on sait notre propre projection, et implicitement, on sait très bien ce que nous, on attendrait du médecin, et on se dit souvent « eh bien moi, si j'étais patient, qu'est-ce que j'aimerais qu'il me réponde… » … C'est large…

F1 : Parce que c'est souvent en médecine interne, que les patients viennent avec une demande, ou un symptôme, et finalement c'est plus le reflet de quelque chose qui se passe dans la globalité et …

F2 : On ne donne pas le diagnostic, de temps en temps on leur dit qu'on a écarté les diagnostics les plus graves, très souvent on n'a pas de réponse précise à leur donner sur leur maladie, mais on a une réponse à leur donner sur leur symptômes et… en leur disant qu'on a éliminé tout ce qui est grave, « le symptôme vous l'avez » … Je pense que la bientraitance c'est d'abord reconnaitre le symptôme, d'abord reconnaitre ce que le patient dit… Moi je vois, il y a beaucoup de consultations en médecine interne ou ils viennent pour un tableau de fibromyalgie…

F1 : Ce n'est pas qu'un cliché alors ?

F2 : C'est pas un cliché, c'est globalement un patient sur 3 et il faut, enfin je pense que la première bientraitance c'est de reconnaitre le symptôme et reconnaitre qu'ils sont douloureux… Après peu importe si on pense que la fibromyalgie existe ou pas, il faut reconnaitre ce pourquoi ils viennent déjà, c'est leur dire « vous venez pour quelque chose, c'est pas dans votre tète entre guillemets » … Comme pour les patients en psychiatrie quoi… même s'ils entendent des voix, ce n'est pas dans leur tête, c'est un fait, les choses sont là… Reconnaitre ce qu'ils sont et dire « voilà, je reconnais que vous avez tel symptôme » je pense que c'est la première bientraitance… Et après, on reviendra peut-être au fait que c'est une fibromyalgie primaire, probablement qu'on aura qu'un traitement symptomatique à proposer… Mais je pense que rien que de reconnaitre qu'ils ont la chose, les symptômes, c'est déjà bien, de leur dire qu'on n'a pas de cause à leur donner, pas de cause secondaire de fibromyalgie à vous donner, mais voilà, j'ai fait tout un bilan… Je pense qu'ils sont dans cette attente-là ces patients, et répondre à leurs attentes… Moi j'en vois certains, ils sont juste contents qu'on leur dise qu'ils n'ont rien de grave, je leur donne un traitement symptomatique, et je les adresse en centre de la douleur… Et pourtant je pense que c'est très facile, dans cette population de patient, de les catégoriser, « bon aller, rentrez chez vous, c'est dans votre tète et vous n'avez pas mal » … Souvent nous on n'est pas le premier recours, c'est très souvent des patients qui ont déjà vu le rhumatologue, parfois le centre de la douleur… Et quand ils racontent, et qu'on leur dit « bon, et bien vous avez mal » ils nous disent « je suis content que vous reconnaissiez, même si vous n'avez pas d'étiologie, que vous reconnaissiez que j'ai mal et que ce n'est pas dans ma tête… Si vous saviez le nombre de personnes qui m'ont dit que c'était dans ma tête ». Donc je pense voilà, juste reconnaitre les choses, pourquoi ils viennent, c'est déjà une première étape. Et après c'est pas évident, c'est des patients qui prennent du temps, et on peut rapidement, par solution de facilité on peut rapidement être moins bientraitant, comme on est un peu sous pression… et je leur jette pas la pierre parce que je pense on l'a tous plus ou moins, on l'a tous peut-être fait à certains moments, moi je pense le premier aussi, de le faire, même en sachant que ce n'est peut-être pas bien, mais le faire parce qu'on y arrive pas, parce qu'on a pas les outils, parce qu'on a pas le temps et… Globalement je reste quand même positif parce que dans 99% des cas, je pense, on pense être bientraitant… Après ce qu'il peut y avoir, c'est une discordance entre ce que le patient pense… C'est intéressant je pense de savoir ce que les patients disent entre eux « est-ce que je me suis senti bientraité ? »

F1 : Se dire que nous on a l'impression d'avoir été bientraitant et on se dit que le patient a dû se dire la même chose et en fait …

F2 : Et après, chez certains patients, devant le médecin ils sont très contents et après ils se plaignent aux infirmières, aux aides-soignantes, « on ne cherche pas ce que j'ai » … Et pourtant, j'ai l'impression d'avoir une écoute, une empathie…

F1 : Après, le ressentit du patient il est quand même très subjectif… et c'est ce qui est important aussi, mais c'est tellement subjectif que…

F2 : En fait il ne faudrait pas confondre la bientraitance et le ressentit positif du patient, je ne suis pas sûr que c'est la même chose quoi… Je ne sais pas si le patient qui dit « je suis content de mon hospitalisation » ça veut forcément dire qu'il est bientraité… Et au contraire, celui qui dit « c'était tous des nuls, ils n'ont pas trouvé ce que j'avais » je ne sais pas s'il a été maltraité, ou s'il a été moins bientraité…

Intervenant : Et tout à l'heure, tu disais que c'était répondre à la demande du patient, du coup, là, c'est un peu…

F2 : Ouais, mais c'est peut-être un peu parce qu'on ne comprend pas en fait, c'est un peu contradictoire, on est un peu dans une communication, et on ne comprend pas ce que les gens veulent… On pense avoir répondu à leurs questions et en fait, on est à côté de la plaque… Et c'est assez facile, en médecine interne, comme ils viennent un peu souvent pour des tableaux un peu poly symptomatiques, et bien nous on a nos hypothèses diagnostiques en fonction de symptômes, et on peut partir de ces symptômes-là alors que lui, c'est pas du tout ça qui le dérange. Mais c'est pas évident… On doit répondre à sa question, mais il y a quand même le langage et de temps en temps, on peut ne pas comprendre, ne pas comprendre le fond des choses et… Ou alors des choses qui ne sont pas dites quoi…Le nombre de patients qui nous disent pas les choses ! On leur parle et on a l'impression d'avoir compris, mais en discutant avec le reste de l'équipe, on comprend qu'en fait on est pas du tout dans les attentes du patient ! On est dans les attentes exprimées… C'est difficile, comme on est dans une relation humaine, que les gens n'expriment pas forcément, ne disent pas forcément les choses et tout ça, je pense que ça peut être ça quoi… je pense que ça peut expliquer le fait qu'on est pas forcément bientraitant quoi… Pour être bientraitant, l'idéal serait que tout le monde s'exprime, que tout le monde dise vraiment le fond de ses pensées tout ça, mais je pense que ce n'est pas évident quoi…mais je pense qu'on reste quand même pas mal bientraitant quoi…

F1 : Bah j'espère !

F2 : Je pense que c'est un objectif de chaque médecin enfin je veux dire !

F1 : Après, moi je vois des enfants et des patients un peu différents parce que les parents viennent avec une plainte, avec des symptômes, et c'est pas tous les jours, ou plusieurs fois par jours, mais souvent c'est un retard de développement psychomoteur, ou un enfant qui ne marche pas alors qu'il devrait, ou… Et ça débouche sur des diagnostics, en tout cas des recherches diagnostiques qui sont lourdes, et des parents qui sont un peu maltraités…par la vie… Enfin dans le sens où ça leur tombe dessus, ils ne le voient pas venir, et on leur annonce des choses difficiles et du coup, là, je pense que tout le monde est bienveillant dans ces moments-là, mais moi je me pose vraiment la question… On s'adapte vraiment aux parents, parce que parfois on essaie de ne pas aller trop vite chez des parents qui ne sont pas prêts, il y a des parents qui veulent beaucoup de réponses, qui veulent savoir vite, et puis quand on leur donne la réponse, c'est brutal, c'est d'un coup et c'est comme ça entre guillemets… Et dans ces situations pédiatriques difficiles, je trouve que la bientraitance elle est primordiale… C'est des situations qui se passent beaucoup en ambulatoire, ce ne sont pas des diagnostics qu'on fait en hospitalisation, c'est des enfants que je vois une fois en consultation, je prévois les examens, et je les revois avec les résultats, et j'annonce qu'il y a un truc sévère globalement… Et là derrière, si ce n'est pas des parents qui ont des ressources personnelles familiales pour s'accrocher, l'hôpital, en soi ne propose rien du tout, on a pas de psychologue, qui peut les voir par exemple, ils sont tout seuls… Du coup, c'est pour dire que même moi, si j'espère que je suis bientraitante dans ma manière de faire, et bah derrière ça ne suis pas quoi… Il y a quand même une forme de maltraitance qui s'installe, et que j'arrive moi pas à bien contrôler à l'hôpital…

F2 : Enfin s'il y a pas de psychologue, c'est aussi pas de ta faute…

F1 : Oui, enfin du coup je me dis mince, il faut que je les revoie, je m'arrange, je reste disponible, je les revoie après etc., mais…

F2 : Enfin ça reste un travail d'équipe…

F1 : Ouais…

F2 : Enfin juste de dire « ah bin mince, je le reverrais plus rapidement, je le reverrais plus tard » … Ne serait-ce que réfléchir à ça et programmer un temps de consultation… sous réserve qu'on ait du temps de consultation et des places dispos – je pense que c'est déjà être dans la bientraitance, en tout cas dans la démarche de bientraitance… Quitte à voilà, ne pas pouvoir proposer un RDV aussi rapide qu'on voudrait, ou quelque chose comme ça… Je pense quand même que l'intention est là… même si en pratique on n'a pas les moyens de le faire… Et je pense que mine de rien, pour un patient, il le sent bien si on est déjà dans la démarche, je pense qu'ils le sentent que ce soit les parents en pédiatrie ou…je pense qu'ils peuvent le sentir, comme les familles avec les personnes âgées, je pense qu'ils peuvent le sentir … De temps en temps, on aimerait avoir des choses plus rapides, on voit bien qu'on n'y arrive pas, mais juste de sentir qu'on est impliqué et qu'on essaie, je pense que c'est déjà être bientraitant… Etre bientraitant je pense ce n'est pas réussir tout ce qu'on fait et …

F1 : Si, moi je trouve…

F2 : Si mais de l'intentionnalité de le faire déjà...

F1 : Oui, mais moi je suis perfectionniste enfin,

F2 : C'est de se donner les moyens…

F1 : Oui c'est ça ! Enfin, il y a des choses qui dépendent de l'équipe et pas de l'individu…

F2 : Mais déjà, l'intentionnalité c'est le premier pas… Après oui, il faut qu'on donne le maximum de ce qu'on peut, mais on a des contraintes, qui font que ça va être interprété comme moins bienveillance, mais …

Intervenant : Et toi, quand tu parlais des familles des patients a qui tu annonçais des choses difficiles, en fait tu disais qu'il pouvait y avoir plus ou moins une espèce de confusion entre maltraitance enfin tu as dit « maltraité par la vie » et après j'ai cru comprendre que tu voulais l'associer au fait qu'ils se sentent pas bientraités par euh…

F1 : Non bah, maltraités par la vie parce que… Parce qu'ils ont pas choisis ça et que c'est des situations difficiles, mais ça, effectivement c'est comme ça et on n'y peut rien… Mais après maltraités aussi parce qu'ils ont pas forcément les réponses qu'ils voudraient, parce qu'il y a des délais de consultation qui sont long, parce que la secrétaire est pas là le bon jour et qu'en fait c'est une secrétaire remplaçante qui a pris le message qui l'a pas transmis et je l'ai pas eu, ou enfin… Et du coup, je trouve qu'il y a des choses qui font qu'à l'hôpital la circulation des informations n'est pas forcément fluide, et moi, au sein d'un service je le vois moins parce que mon activité c'est principalement de la consultation, et des avis dans les services mais je pense que c'est un peu la même chose dans les services… Enfin moi, quand je passe parfois en pédiatrie, c'est pas tout le temps heureusement, mais j'ai l'impression que les informations circulent mal et que les patients ils en pâtissent de ça, parce que les délais d'hospitalisation se rallongent, parce qu'on attend une information, parce que machin, truc, et ça traine en longueur pour ça… Et je trouve que c'est pareil dans tous les services, ou la communication elle est importante pour ça… Ou le patient ou les parents vont donner une information sur ça, et ça n'a pas suivi et en soi, c'est des problèmes d'organisation, c'est un peu plus annexe finalement…

F2 : Oui mais ça peut participer au sentiment de mal…enfin de non bientraitance…Enfin j'aime pas dire ça, j'ai l'impression que…

F1 : Maltraitance, c'est dur …

F2 : C'est pas blanc et noir quoi ! C'est … Le contraire de bientraitance c'est pas maltraitance quoi ! Il y a tout un gap entre les deux quoi ! C'est vrai que c'est toujours un peu gênant parce que dès qu'on dit qu'on est pas bientraitant, on a l'impression de maltraiter les gens et je pense qu'on est quand même pas dans ce domaine-là, et qu'il ne faudrait pas opposer les deux mots… Il y a quand même tout un continuum et tout ça, et le but c'est de tendre à une bientraitance totale et tout ça, mais que, oui, on fait tout, on se donne les moyens et tout ça… En tout cas je pense qu'il y a une différence au moins sémantique entre bientraitance et bienveillance… Peut-être que la bienveillance c'est déjà se mettre dans les conditions de bientraiter…

F1 : Et bientraiter c'est l'action…

F2 : Bientraiter c'est un peu le résultat et l'action, et effectivement, dans la majorité des cas on pourrait estimer qu'on arrive à notre but, et effectivement dès fois il y a des petits ratés, des délais d'information qui peuvent être un peu long et rallonger la durée d'hospitalisation… Mais ça je veux dire, partir du moment où on travaille dans une équipe et où on est dans le facteur humain, et voilà, on est dans le désordre et voilà, on a chacun nos qualités, nos défauts et voilà ! Ce n'est pas des chiffres, ou des maths, ou tout est réglé, millimétré ! Peut-être qu'avec l'âge, on s'améliore ! Peut-être, je ne sais pas… Je ne sais pas si vous avez interrogé des personnes plus…vieilles…

F1 : Avec plus d'expériences professionnelles…

F2 : Qui ont peut-être un avis différent… Et puis je pense que c'est un concept qui est nommé… qui est récent en tout cas, qui est nommé récemment… Effectivement, c'est quelque choses…ça ne veut pas dire qu'avant on n'était pas bientraitant, mais que c'est quelque chose qu'on nomme plus facilement aujourd'hui… qu'on recherche plus facilement et qui est au centre de la…préoccupation… Vous disiez que c'est l'ARS euh la HAS qui l'a mis comme ses missions de bientraiter le patient et tout ça… Je pense que c'est un concept qui ne doit pas être si vieux que ça et qui doit … Même s'il existait avant, je pense qu'il faut que ça germe et que ça…

F1 : Après, on en a pas parlé, mais il y a toute la dynamique de la bientraitance de la fin de vie, qui est un thème que je connais peu mais …Qu'est-ce que j'entends par là ?

Intervenant : Oui, qu'est-ce que tu mets dedans ?

F1 : Bah, c'est que mourir c'est normal, ça arrive… Que je ne me rends pas bien compte de… J'ai pas assez d'expérience pour savoir comment ça se faisait dans les années passées entre guillemets… Mais sur comment considérer la mort, comment on l'accompagne, comment on ne la surmédicalise pas entre guillemets, et ça c'est aussi un concept qui a dû être défini par cette notion de bientraitance… dans ce sens-là… Après, qu'est-ce que c'est pour moi la bientraitance de la fin de vie ? C'est s'adapter à chaque situation, parce qu'il y a des parents qui souhaitent que leur enfant meure à l'hôpital, d'autres qui souhaitent que ce soit chez eux… Il y a des parents qui vont faire appel à un réseau de soins palliatifs pédiatrique, d'autres non… Il y a toutes les considérations religieuses, mais c'est une question que je trouve importante dans la bientraitance aussi, et toute la question de…de l'arrêt de soin et des ordres de ne pas réanimer… A quel moment, on se dit « bon, là, on se pose la question » déjà… Quand est-ce que c'est le bon moment d'en parler ?? Moi je vois, on se pose la question quand l'enfant est en réanimation, en situation aigue, et que les réanimateurs me disent « et lui, il faut vraiment l'intuber si ça ne va pas ? » … Et finalement, c'est des choses qu'on anticipe peu avant, parce que c'est difficile d'en parler avec les parents, et on se retrouve en réanimation avec des parents qui n'ont pas forcément pensé à ça… Donc là, bien les traiter ces parents, c'est aussi anticiper ça… Et accompagner leur choix entre guillemets…Après, j'ai une expérience limitée sur ce sujet-là, mais …

F2 : C'est vrai qu'en médecine adulte c'est différent… Comme c'est des personnes âgées, on peut se dire que c'est l'ordre naturel des choses, et du coup la manière d'aborder les choses elle est quand même différente, et chez des personnes âgées, en tout cas, c'est peut-être plus simple d'aborder le sujet… Je dis pas que c'est plus simple de gérer les choses, parce que ce n'est pas…c'est jamais évident je pense… mais … Parce que là typiquement, la bientraitance de la fin de vie c'est l'exemple qui montre que la bientraitance, ce n'est pas que celle du patient mais aussi celle de la famille et tout ça, un peu comme en pédiatrie ou là, tu as la famille qui est toujours présente et tout ça…Qui est toujours en attente de réponse, de prise en charge et tout ça… Qui est parfois discordante avec le patient lui-même…C'est une période je pense qui n'est pas évidente dans la bientraitance… Ou aller, comment formuler les choses… Tu parlais tout à l'heure d'accompagner le choix des parents… Est-ce qu'il faut vraiment laisser un choix ? Enfin c'est pas un choix des parents, un choix des patients, ou un choix de la famille… On doit accompagner, on doit prendre en compte ce qu'ils nous disent, mais je pense que le choix, il est médical, parce qu'ils n'ont pas les mêmes informations que nous sur l'évolution…Je ne sais pas … mais…

F1 : En pédiatrie, on guide le choix, c'est très compliqué quand je suis un enfant polyhandicapé sévère ou on sait que s'il fait notamment un accident respiratoire aigu grave, oui on peut l'intuber, et il peut passer plusieurs semaines en réanimation et s'en sortir après… 1 fois, 2 fois, 3 fois… Mais on sait qu'après, légalement, les parents ils ont le choix… Et on ne peut pas ne pas réanimer un enfant si les parents ont dit qu'il faut le réanimer…

F2 : Je sais que nous, chez les personnes adultes, c'est souvent une décision médicale, qu'on accompagne… quand les gens ne sont pas d'accord, on leur explique le pourquoi… Et souvent ils finissent souvent par comprendre

F1 : C'est ça, ils comprennent…

F2 : Je pense qu'un des gros risques, spécifique à la fin de vie, c'est de donner l'impression que c'est la famille qui a choisi…et qu'elle ait la culpabilité derrière et… Souvent on arrive quand même à imposer nos choix… Et parfois, certaines familles viennent nous dire, « ne faites pas ça, il ne faut pas s'acharner… » Et nous on a l'impression de ne pas s'acharner, qu'on est encore dans l'ordre du raisonnable… Et du coup, de temps en temps, on n'écoute pas la famille…

F1 : Ah…c'est l'inverse…

F2 : et… souvent c'est des situations ou le patient lui-même n'est pas en capacité de… Souvent c'est des situations complexes…parce que forcément, le patient est dans sa globalité, il est dans sa famille, il est pas tout seul finalement… Il y a à la fois les données objectives, médicales, genre « s'il va en réanimation, il ne s'en sortira jamais, ou il finira polyhandicapé tout ça, et il ne s'en sortira jamais… » Et à la fois, il y a tout le à côté, enfin tout le reste quoi, psychologique, si les gens sont plus ou moins prêts ou pas, s'ils s'y attendaient… C'est vraiment un moment critique de la vie ou c'est difficile le juste milieu, d'accorder la bientraitance du patient à la bientraitance de la famille… Enfin c'est compliqué je pense… Et je pense que c'est encore pire en pédiatrie, parce que il y a tout ce côté médicolégal et tout ça, qui fait qu'on ne peut pas aller à l'encontre de la famille et tout ça…

F1 : Bah, oui, c'est ça, on peut argumenter, expliquer aux parents, on peut souvent aller contre leur avis quand même, globalement, on arrive à cheminer avec eux… Mais comme c'est pas dans l'ordre naturel des choses, c'est quand même plus compliqué…

F2 : C'est clair… On a un peu le même souci avec les patients jeunes… Effectivement, c'est moins dans l'ordre des choses, mais… Est-ce que si on va contre ce que veux la famille, est-ce que si on insiste et tout ça, dans un sens ou dans l'autre, réanimation ou pas réanimation, est-ce qu'on est mal… Est-ce qu'on est pas bientraitant ? Finalement, je ne sais pas, c'est le patient quoi…

Intervenant : C'était un peu la question que j'avais à poser, c'est-à-dire que si un patient, ou des parents vous demandent de faire quelque chose qui ne semble pas raisonnable, est-ce qu'on est non bientraitant en ne respectant pas ce qu'il demande, ou est-ce qu'en fait la bientraitance ce serait peut-être d'argumenter qu'ils ont, enfin que ce n'est pas forcément légitime le chemin dans lequel ils veulent aller ? En bref, est-ce que quand on ne respecte pas le choix de quelqu'un on reste bientraitant ou pas ?

F1 : Là c'est encore différent parce que tu peux considérer que tu es bientraitant pour les parents, mais non traitant comme il faut pour l'enfant…Enfin du coup, c'est encore… Parce qu'il y a une dynamique triangulaire, entre les médecins, les parents, l'enfant… Du coup, quand même, l'important c'est d'être bientraitant pour l'enfant… Et ça on essaie quand même de le faire avec les parents… Du coup si les parents demandent quelque chose de déraisonnable, on les convainc du plus possible, et après, ils ont l'autorité légale sur leur enfant mais… Non mais on arrive à les convaincre dans la majorité du temps… Ça prend du temps mais on arrive à les convaincre….

F2 : On en revient au même point que le temps c'est important…

F1 : Oui ! Le temps c'est important ! La bientraitance c'est aussi, j'y pensais, là, tu as dit quelque chose qui me faisait penser à ça… Mais c'est aussi d'avoir pour les patients hospitalisés, des moments de convivialité je dirais…qui les font sortir un peu de ce qu'ils vivent au quotidien au fond de leur lit à l'hôpital… D'avoir des gens qui passent leur faire des lectures… Je ne sais pas si ça se fait, ça, en médecine interne, nous on a des clowns, on a … C'est nouveau ça quand même !

F2 : Si on leur propose des livres, ou il y a des moments où on parle d'autre choses… Moi ça m'arrive en consultation pas très souvent parce que j'ai pas le temps, mais en hospitalisation, on arrive avec une question bien précise, et puis il y a 5 ou 10 minutes ou on parle d'autres choses…

F1 : Oui, ça c'est chouette dans le lien …

F2 : Je me souviens d'un petit monsieur de 90 ans, qui avait un cancer du pancréas, 90 ans autonome et tout ça, et chez qui on parle de là où on est, des démarches diagnostiques, je lui dis clairement ce que je pense, et en même temps, à la fin, on a su qu'il était magicien et tout ça, et on s'est intéressé un peu… De comment il s'était intéressé à la magie, comment il avait fait, et puis bon, c'était la visite, alors il y avait toute la ribambelle d'externes et tout ça… Et je pense que ça fait partie de la bientraitance, on ne l'a pas stigmatisé à une maladie, et pendant un moment, on était tous bien, il nous a fait un tour de magie, c'était pas mal, il avait transformé un mouchoir en billet de 20 euros ! Et il nous racontait sa vie, et je pense que c'est ça aussi la bientraitance

F1 : Oui !

F2 : La bientraitance c'est pas le cancer de la 9, ou la polychondrite de la 3… C'est monsieur machin, le magicien, ou tel patient, ou la mamie ou on voit que tous les petits enfants viennent régulièrement… Et il y a pleins de visites, ou finalement ça stagne, un peu sur les explorations fonctionnelles, et le patient, on lui parle de tout sauf de sa pathologie… Et on lui demande comment ça va, et finalement le patient ne pose même pas de questions… C'est pas qu'il ne pose pas de questions parce qu'on ne lui laisse pas le temps, mais il oublie un moment peut être le pourquoi il est là, et je pense que ça fait partie un peu de la bientraitance de parler d'autre chose et de ne pas le stigmatiser à une maladie ou à des symptômes, de se rappeler qu'il a une vie, que ça lui fait forcément plaisir quand on lui affiche les dessins des petits enfants… Et je pense que de lui dire un petit mot sur les petits enfants ça n'a rien avoir avec ce pourquoi ils sont là, mais c'est important…

F1 : C’est important…

F2 : Et il y en a plein qui retiendront plus ça que le diagnostic ou… Je me rappelle d’une patiente récemment, ou je ne sais pas ce qu’elle a, un syndrome inflammatoire indéterminé, je ne sais pas, je n’ai pas su faire le diagnostic, et au final, on a parlé d’autre chose, de ses dernières vacances le temps de faire ses examens… Et du coup, à la fin, même si on n’a pas pu lui faire de diagnostic, on lui a bien dit, on n’a pas de diagnostic, mais elle était ultra contente… Plus contente d’ailleurs que le patient d’à côté ou on a fait le diagnostic et qui globalement dira que bon, bah l’hospit, c’était bof bof et tout ça… Non mais bon, je pense que ça c’est un peu le risque, de stigmatiser les gens à une maladie quoi…et on peut rapidement faire le…

F1 : Traiter le patient et pas sa maladie…

F2 : Ce qui me gêne un peu quand je pense à la bientraitance, c’est quand je pense aux visites par exemple, aux visites médicales quand on arrive à 15 dans le chambre… Je sais que dans le service ou je suis, lors des visites 3 fois par semaine, on rentre dans la chambre, les externes présentent les dossiers…

F1 : C’est des chambres doubles ?

F2 : C’est des chambres doubles

F1 : Du coup, ils présentent le dossier de la dame devant 15 personnes avec l’autre patient à côté ?

F2 : Et souvent, pour que ce soit didactique et pédagogique, avant même de poser le diagnostic, par exemple le patient vient pour poly adénopathie, on interroge, dans la chambre du patient – je ne sais pas si c’est bien ou pas- les externes dans la chambre du patient sur les étiologies à évoquer devant poly adénopathie, du coup forcément on dira les virus et machin, et forcément pour être exhaustif on arriver finalement à dire lymphome et tout ça… Peut-être qu’on peut être maltraitant dans le sens où c’est pas l’endroit et pas le moment pour le patient de citer toutes les étiologies et tout ça, ou peut-être que le patient à la vire de la visite va dire « mon dieu, je n’ai rien compris… la seule chose que j’ai retenu c’est lymphome cancer et tout ça» Mais à la fois… A la fois c’est pas top de faire ça, mais en même temps, s’occuper du patient quand on ne l’a pas devant les yeux…On ne peut pas être bientraitant si on a pas la personne devant soi et qu’on discute pas des choses…Dans le mesure ou on a un temps donné, je pense que ce n’est pas bien non plus de ne pas le voir , il faudrait trouver un juste milieu, peut être parler des choses hors du patient, peut-être visite pédagogique en dehors de la chambre, et après expliquer au patient, enfin avoir un discours différent vis-à-vis du patient… mais on a pas le temps enfin…

F1 : On revient tout le temps sur la question du temps…depuis le début…Qu’être bientraitant c’est prendre le temps… Et l’avoir, et le prendre…

F2 : Sauf qu’en pratique, quand on a 25 patients dans une unité…

F1 : Après, moi ce que je dis souvent, quand on me dit « est-ce que tu as le temps de faire ça ? » Je dis « Non, mais je vais le prendre » … Bon c’est dans les jours de bonne humeur …

RIRES

F1 : Mais c’est globalement la réponse… Encore aujourd’hui, on m’a dit « il y a telle enfant, j’aimerais bien que tu la voie, tu as le temps ? » J’ai dit « non, mais je vais le prendre » … Après, c’est un bout de scotch sur une passoire, on est d’accord…

F2 : Après on peut déléguer aussi, si on voit qu’on n’a pas le temps, on peut envoyer quelqu’un d’autre, un autre interlocuteur qui aura peut-être plus le temps… Par exemple, nous on a des stagiaires psychologues qui sont là, du coup ça peut, de temps en temps, le fait de parler tout ça… Ce qui est dommage c’est qu’elles ont pas beaucoup de contact avec nous, enfin elles ne nous parlent pas le plus souvent, mais bon, ce serait mieux qu’on ait plus d’échange avec eux, mais c’est une solution… On en revient sur le travail d’équipe quoi… De temps en temps, on n’est peut-être pas dispo à intervenir, on interviendra plus tard, et on peut du coup rassurer le patient et…que quelqu’un d’autre prenne ses plaintes, pour répondre à son niveau, ça peut suffire quelques fois… Les patients, en tout cas les adultes, et dans la mesure où on n’est pas un service de réanimation et tout ça, même les gens savent que de temps en temps, ils n’ont pas l’information tel jour et qu’il faut patienter… Je pense qu’aujourd’hui les gens comprennent quoi… Ils comprennent qu’on n’a pas le temps, et que le fait qu’on parle de bientraitance, ils en parlent eux aussi globalement…dans les média et tout ça, on en parle de plus en plus… Et que ça apparaisse dans notre langage c’est bien, mais aussi dans le leur… Ils ont cette notion je pense, peut-être pas le mot mais la notion, que ce soit la famille ou les patients…et globalement ça aide à être mieux traitant, parce que ils savent qu’il faut patienter tout ça… Peut-être que le fait que ce concept soit un peu public tout ça, ça aide quoi… Dans le sens où il y a pas mal d’articles qui sortent en ce moment sur les EHPAD, les hôpitaux, ou le personnel est débordé, le personnel n’a plus le temps d’être bientraitant, ils ont une douche tous les 15 jours… ça soulève des questions… Mais peut être que le fait de soulever des questions déjà, c’est accepter plus facilement les choses, et peut être mieux traiter… (silence)

F1 : Finalement oui, la bientraitance comme ça concerne le patient, il faut quand même que ça vienne du patient en soi… Et c’est probablement les patients en soi qui vont permettre que l’hôpital reste bientraitant, c’est eux qui permettent de changer les choses quoi…

F2 : Mais je ne suis pas sûr que le questionnaire de qualité de l'hospitalisation il y a « avez-vous eu le sentiment d'avoir été bientraité ? ». A mon avis dans les questionnaires de fin de sortie d'hospit- parce qu'ils ont des questionnaires de fin de sortie d'hospit- « est-ce que la nourriture était bonne ou machin tout ça… » Je ne sais pas s'ils ont ces questions-là, enfin « avez-vous eu le sentiment d'être… » sans forcément mettre le mot bientraitance, mais peut-être « avez-vous eu le sentiment d'être correctement écouté ? », et à moi avis il n'y est pas dans le questionnaire…

Intervenant : Il n'y est pas dans ce questionnaire là, mais il y a eu pas mal de questionnaires et de recherches sur les patients, qui devaient justement remplir des questionnaires de bientraitance…

Et se pose aussi, comme vous souleviez tout à l'heure, la question de, dans quelle mesure, ce que rapporte le patient, c'est de l'ordre de la bientraitance en termes de concept, de l'ordre de son état émotionnel, enfin de l'ordre de quoi en fait…, de quoi on parle, c'est ça qui est intéressant.

F2 : On n'a pas forcément un retour, globalement ces questionnaires on sait jamais ce que ça donne… et puis on peut avoir un décalage entre le discours de fin d'hospitalisation ou de consultation, et ce que le patient racontera effectivement derrière, il peut y avoir un décalage. (Silence)

Intervenant : Et bien dis donc, c'était un riche brain storming ! Donc après on avait mis les définitions, de la HAS et du Larousse, pour vous aider un peu, mais en fait vous vous aviez déjà une idée assez claire, j'ai l'impression.

F2 : Ils en parlent tellement en ce moment, que…

Intervenant : Non mais c'est très bien !

F1 : Oui, et puis je pense qu'on a un peu grandi, en tant qu'étudiant en médecine, et après interne, docteur, avec ces notions-là, par rapport à d'autres médecins un peu plus expérimentés, qui se sont forgé une idée là-dessus, et qui avec l'expérience étaient et sont bientraitants, mais nous on a un peu baigné dedans quand même.

F2 : Tous les médecins qui n'ont pas appris le concept de relation médecin-malade, ou qui sont dans la version très patriarcale du médecin qui a raison, et tout ça, je pense que c'est des notions qu'ils n'ont pas eues, ce qui ne veut pas dire qu'ils ne sont pas bientraitants, mais je pense que, c'est peut-être des notions pour lesquelles ils ont été moins sensibilisés. Effectivement alors que nous, toutes nos études, je pense que de l'externat à l'internat, on a été quand même plus facilement sensibilisés en tout cas, et je pense que c'est une démarche qui est, enfin c'est la meilleure démarche, on ne peut pas être bientraitant si on ne sait pas ce que c'est, enfin si on a pas au moins la notion, enfin, ça commence à être naturel, un peu inné, mais c'est bien d'avoir une sensibilisation. De se le rappeler quoi.

F1 : Après on fait aussi tous les 2 des spécialités où on s'occupe de nos patients dans la globalité, enfin c'est dans la définition de nos spécialités… Je sais pas ce que dirait un dermato…

F2 : Je me rappelle d'un dermato, on s'occupait d'un patient qui venait pour un psoriasis et qui vient de terminer une cure de sevrage pour l'alcool, qui du coup était un peu agité et tout, et le reflexe du dermato c'était de dire « ah bah moi je suis dermatologue, donc globalement donnez-lui de l'alcool, je n'en ai rien à faire du reste… »

F1 : Là c'est le cliché, mais c'est vrai que j'ai l'image de…

F2 : Je l'ai vu une fois, et ça m'a marqué parce que justement c'était un peu caricatural et tout ça, et j'aimerais pas… enfin je jette pas la pierre mais il y a peut-être le biais effectivement qu'on soit très transversal. Il y a un biais, parce que la pédiatrie c'est la médecine interne de l'enfant.

F1 : Non mais après ce serait intéressant je pense, de voir un chirurgien, un dermatologue : ils ont forcément une notion de la bientraitance, mais comment ils la définissent ? Parce que c'est propre à chacun finalement.

F2 : Peut-être que nous aussi on a des fausses idées finalement, en pensant que le chirurgien, par exemple l'orthopédiste, une fois qu'il a réparé, que une fois que c'est réparé, il a l'impression qu'il a bientraité le patient, alors que c'est peut-être pas vrai…

F1 : Oui c'est ça, c'est un gros stéréotype…

F2 : On se rassure en se disant qu'on est peut-être un peu meilleur, aussi… Mais je sais pas… c'est vrai qu'après on est polyvalent, donc on est obligé, c'est vrai qu'on est deux spécialités, où, si on ne réfléchit pas dans la globalité, on passe à côté des choses…

Intervenant : Donc voici les définitions, prenez le temps de les lire, je vous les remettrai ensuite.

Selon l'encyclopédie Larousse : « Ensemble des soins, des actes et des comportements, exercés par l'entourage familial ou professionnel d'une personne et qui procurent un bien-être physique et psychique au bénéficiaire. »

Selon la HAS : « La bientraitance est une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'usager et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'usager, 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 patient, l'usager. Elle nécessite un questionnement tant individuel que collectif de la part des acteurs. »

Question numéro 1 : « A quelles situations cliniques ces définitions vous font–elles penser ? » Si vous aviez par exemple, des situations concrètes auxquelles vous pourriez penser, d'un patient, d'une prise en charge, où vous avez l'impression…

F1 : Une seule ? Mais il y en a des milliers !

Intervenant : Et bien allons-y ! (Silence). Des situations, où vous avez eu l'impression de rentrer un peu dans cette définition ?

F1 : Il y en a beaucoup… Par exemple, la semaine dernière, il s'agit d'un enfant qui a une encéphalopathie sévère, un polyhandicap, il était suivi à Lyon, parce que il y a je pense 3 enfants en France qui ont cette pathologie-là, et les parents habitant à Grenoble, ils ont demandé à ce que le suivi se rapproche à Grenoble, et cet enfant, il passe toutes les nuits, de minuit à 5h du matin, à pleurer : il pleure il pleure, il ne fait que pleurer, on ne sait pas… La maman désespérée, elle est allée voir le dentiste, partout pour savoir s'il n'avait pas une fracture, il a eu des radios de tout le corps je pense, on a cherché un reflux, etc., et finalement on a fini par l'hospitaliser pour comprendre ce qui se passait. Bon, il a attrapé la grippe pendant l'hospitalisation, donc ça a pas permis de voir vraiment si il pleurait, et pour quelle raison, mais en fait en discutant avec la maman, ils viennent de se séparer, et du coup le papa ne vit plus à la maison, ils ont 2 appartements, et la maman elle n'en peut plus, parce que en plus elle a un petit en bas âge, en plus de cet enfant qui pleure toutes les nuits, donc elle est épuisée, c'est un cercle vicieux, et finalement, de l'hospitaliser, de faire un séjour de répit, la maman elle va dormir à la maison et puis elle revient : et bien depuis le petit il ne pleure plus la nuit. Enfin, c'est une situation où l'enfant n'allait pas bien parce que le contexte familial n'allait pas bien, du coup bientraiter l'enfant ça a été bientraiter sa maman, d'abord. Ça me fait penser à la globalité, en fait, de l'échange.

F2 : Moi je reviendrais à mon exemple de tout à l'heure, et de la fibromyalgie, où il y a vraiment cette intrication entre physique et psychique, dans cette globalité, cette reconnaissance du symptôme et tout ça, qui est important. C'est un peu l'exemple, l'archétype ou on peut aller sur de la non bienveillance, non bientraitance assez facilement, parce que oui, tout le monde a un moment a un peu mal, donc on peut banaliser le symptôme, et je pense que c'est un exemple vraiment typique en médecine interne.

F1 : Ca me faisait penser à tous les troubles somatoformes, par exemple un enfant où on s'est retrouvé dans une situation très difficile où l'enfant avait des troubles somatoformes, qu'elle ne contrôlait pas, puisque c'est la définition, mais quand même un peu des choses qu'elle savait, et elle manipulait un peu le monde hospitalier, et sa mère aussi… et à quel moment on est bientraitant, et comment savoir être bientraitant et mettre en évidence ses difficultés, pour pouvoir l'aider, mais en même temps ne pas qu'elle se sente attaquée, parce que de toute façon sinon, elle ne pourra pas être bien prise en charge… Donc ça c'était la situation la plus difficile possible… Ça s'est fini, les parents claquent la porte et on les a jamais revus, mais… comme ils avaient fait dans tous les centres hospitaliers avant, et là elle est probablement dans un autre hôpital en France… C'était un syndrome de Munchhausen par procuration pour le coup… (silence)

Intervenant : Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter où on passe à suite de la question 1 ? « Pouvez-vous évoquer ici une situation où vous vous êtes senti pleinement satisfait de la prise en charge, ou vous vous êtes senti « bien-traitant » ? »

F2 : Et bien j'espère qu'on s'est déjà sentis satisfaits de notre prise en charge, sinon on serait un peu déçus ! Sans forcément être narcissique, ou prétentieux, je pense que des fois on est satisfaits de la prise en charge, d'avoir répondu aux attentes du patient dans leur globalité… Je pense que c'est assez fréquent en hospitalisation, en consultation c'est souvent différé parce que on fait effectivement des bilans et on les revoit après…

F1 : Moi là où je me sens le plus satisfait de ma prise en charge c'est au CAMPS (centre d'action médico-sociale précoce), parce que c'est des enfants qui sont adressés non pas pour un diagnostic, mais pour une prise en charge et un suivi à long terme, et en terme de satisfaction personnelle et de bientraitance, on voit l'enfant, on fait de la rééducation, de la kiné, de l'ergothérapie, de la psychomotricité, sur le long terme, et les parents, ils peuvent voir la psychologue, la secrétaire elle est un peu psychologue aussi, y'a une assistante sociale pour les aider dans leurs démarches administratives ; enfin en terme de bienveillance, c'est pas l'hôpital, mais ce type de structure, c'est le top de la bienveillance pour moi.

F2 : On se sent pleinement satisfait, quand on a le petit mot à la fin, du patient, qui dit « merci », et tout ça… Il faut l'avouer, les petits chocolats, ou même juste une phrase, ou on voit qu'ils ont le sourire… Ou alors les patients qui disent « oh là là, vous allez me manquer » : quand ils sont comme ça, on se dit : il y a eu quelque chose en plus, que poser un diagnostic, proposer un traitement et tout ça, et souvent on est content, ça nous refait notre journée, et on parle à tout le monde, à toute l'équipe : « oui, il a dit qu'on s'était super bien occupé de lui », et de temps en temps on est même étonné, de certains patients, où on se dit « ah, on a peut-être fait des ratés », et qui finissent par nous dire « ah, merci beaucoup, c'était top » ; comme quoi de temps en temps on peut avoir un ressenti différent de ce que le patient a. Et au final s'il nous remercie c'est qu'on a été bientraitant. Enfin je pense… si on prend quelqu'un qui n'est pas dément, qui au fond du couloir aura oublié qui on est… Enfin les patients déments, c'est pas évident…

F1 : C'est moins gratifiant…

F2 : Et puis d'être bienveillant, de temps en temps, c'est… des situations complexes je pense.

F1 : Si j'étais aide-soignante, je suis pas sûre que j'arriverais à être bienveillante tout le temps par exemple… C'est facile d'avoir le rôle de docteur quand même…

F2 : Ah bien moi je pense que j'aurais du mal… Je me rappelle du stage en P2, ou j'avais fait aide-soignant pendant 2 semaines… de temps en temps il faut garder son calme et son sang-froid…

F1 : Moi j'ai travaillé plusieurs étés comme aide-soignante… elles ont vraiment du mérite, c'est vraiment un métier difficile. Ça m'avait bien secoué…

F2 : L'avantage, c'est de pouvoir se mettre en retrait, de temps en temps, et moi je vois, maintenant que je suis assistant, je peux envoyer mes internes… (rires)

F1 : Moi, j'ai toujours dit, à partir du moment où j'étais assistante, je voyais plus les patients psy, ça me gonflait trop. (Rires)

F2 : Forcément, on sélectionne un peu… Je vais voir en priorité les patients qui me paraissent graves, ça me parait logique, ou quand les internes me demandent de les voir, mais effectivement, en vieillissant, t'es moins au contact des patients. D'hospit' je parle, parce que en consultation t'es le seul à les voir, mais en hospitalisation, t'es peut-être pas le premier relai, où l'interne est plus là, voire même l'externe, ou l'infirmière qui fait son tour régulièrement.

F1 : C'est une phase sympa d'être l'interne, qui peut passer du temps avec le patient… Tu le perds après, parce que tu es obligé de déléguer. (Silence). C'est une phase très intéressante… pour apprendre à être bienveillant. (Silence)

Intervenant : Est-ce qu'on passe à la question 2 ? « Quelle place cette notion occupe-t-elle dans votre pratique ? »

F2 : Moi je dirais qu'elle est toujours en filigrane, moi en voyant un patient je me suis jamais dit « tiens, est-ce que tu as été bientraitant ? », j'ai 3 patients, je vais m'arranger pour être bientraitant, non ! Je vais m'arranger pour qu'il ait son diagnostic, son traitement et tout ça, et effectivement en filigrane il faut qu'on soit bientraitant, mais c'est une notion un peu transversale, je me suis jamais dit : mon objectif, c'est d'être bientraitant…

F1 : Oui, moi je me suis jamais dit ça non plus. (Silence). Elle est essentielle cette place, mais… Je me suis déjà dit ça, parfois, quand le matin, on est fatigué, c'est un surlendemain de garde, t'as mal à la tête… Je me dis : là, bon, faut quand même arriver à s'extraire de ça pour être comme d'habitude, et c'est peut-être là, où la notion d'être bienveillant apparait le plus. Parce qu'on est des humains, on peut pas être constants dans notre manière d'être…

F2 : J'avais un patient, qui venait pour rien -entre guillemets-, ça nous est déjà arrivé d'avoir des hébergements dans nos services, parce que l'épouse, ou le mari dans le service d'à côté ou dans la même unité, et du coup on le garde parce qu'il est dépendant des aides du conjoint, et je me suis jamais dit : la seule chose à faire, c'est d'être bientraitant… En fait ça va un peu sous le sens, je veux dire, on est bientraitant avec nos familles, nos amis, nos collègues de boulot, donc c'est dans la continuité d'être bientraitant, enfin dans l'objectif d'être bientraitant avec tout le monde. Je me suis jamais dit un jour : tiens, si j'étais méchant avec tel patient, ou avec telle personne, enfin… (rires). Ce qui ne veut pas dire que je ne peux pas être méchant, ou être fâché contre quelqu'un, mais ce que je veux dire, c'est que c'est pas… enfin c'est quelque chose de naturel, mais qu'on peut facilement moins bien faire, donc il faut quand même se le rappeler. Je pourrais dire : notion importante.

F1 : Importante, et en filigrane, c'est joli comme image. C'est sous-jacent de manière permanente.

Intervenant : Question 3 ? « Dans quelle situation vous êtes-vous senti moins bien traitant que ce que vous auriez voulu être (au-delà de la prise en charge médicale pure) ? Quelles en sont les raisons à votre avis ? »

F2 : Moi ça m'est déjà arrivé, par projection, éventuellement, de situations personnelles, où je me serais dit : dans la même situation donnée, je ne serais pas dans cet état là je crois, je sais que ça se fait pas, enfin normalement on ne doit pas le faire, parce qu'on doit avoir cette distance suffisante pour ne pas se projeter, je pense que c'est un mythe de penser qu'on peut toujours être dans l'empathie, prendre la bonne distance, et je pense que les situations où je pense avoir été moins bientraitant, c'est les situations où je me suis dit : moi, à sa place, je serais pas comme ça, je serais peut-être pas aussi plaintif… Ou parce qu'on sait qu'à côté la situation du voisin est 3 fois plus grave, et le voisin, il en fait des caisses, et l'autre à côté qui est plus grave il ne se plaint de rien du tout… Enfin, à mon avis, je peux être moins bientraitant, s'il y a, à un moment donné, une sorte d'affect, si j'arrive plus à mettre la distance entre le patient… si j'arrive pas à doser la bonne distance. Alors forcément, si il y a de l'affect positif, normalement il y a peu de risque d'être moins bientraitant, parce que globalement, si on s'entend bien avec le patient, enfin si on est bienveillant et que ça se passe bien, que le contact se fait facilement, là il y a peu de risque d'être moins bientraitant, mais c'est plutôt dans l'affect négatif, où on se dit « il en fait des caisses », et du coup, bah, on voit moins, on va moins dans le fond des choses, quand il est hospitalisé on cherche à avoir tout rapidement, quitte à faire les choses en externe, même si ça l'arrange pas finalement. C'est se dire : oui bon sa fibro, il la fera en externe et puis on le reverra en consultation, comme ça je le revois une fois et j'ai pas à le voir tous les jours, toutes les semaines à la visite… Ça m'est déjà arrivé, une patiente, qui avait déjà fait 4 hôpitaux différents, qui venait pour des symptômes qui avaient tous déjà été explorés, alors on l'avait réhospitalisée pour

refaire le point, une batterie d'examen, et où au bout de 3 jours, on avait eu les principaux, ils nous en manquaient quelques-uns, où c'était compliqué, elle râlait tout le temps, et on s'est dit : le plus simple pour elle, c'est que les examens qu'on a pas eu on les regroupe en une journée, on fait un hôpital de jour, on la voit qu'une fois et voilà on est tranquilles. C'est-à-dire, on déplace le problème à un moment futur, et on la voit une fois et ça évite de la voir tous les jours, enfin c'est un peu horrible ! Enfin, ça veut pas dire qu'on la prend pas en charge parce que finalement on la prend en charge, mais en fait cette patiente elle est rentrée chez elle, on lui a posé la question : vous voulez rentrez chez vous ? Elle a dit oui, mais en rentrant chez elle, elle a dit qu'on s'était pas occupés d'elle, qu'on n'avait pas bien fait les choses, alors qu'on lui avait proposé un rendez-vous avec tous les examens, mais effectivement je pense avoir été… pas suffisamment bientraitant.

F1 : Mais c'est le retour qu'elle t'a fait, elle ?

F2 : Oui. Mais peut-être que j'étais quand même bien…

Intervenant : Après, médicalement, est-ce que tu as des choses à te reprocher ? T'aurais fait différemment avec quelqu'un d'autre ?

F2 : Non, les examens et la prise en charge diagnostique aurait été les mêmes. Oui, mais un patient ou une patiente avec qui ça aurait été mieux… On l'aurait gardé en hospitalisation… parce que le contexte c'est qu'elle habitait quand même loin… Après on a quand même pensé au fait, de faire tout sur une journée, en hôpital de jour, pour qu'elle ne se déplace qu'une fois… Enfin je sais pas, j'ai eu l'impression de pas être, j'ai eu l'impression de ne pas avoir été bientraitant, mais peut-être à tort, je sais pas...

Intervenant : Et la cause en tout cas, c'était plutôt l'affect négatif ?

F2 : Je pense. Le fait de ne pas avoir été dans l'empathie comme j'aurais dû l'être, et de m'être un peu projeté à la place du patient, je pense qu'on peut facilement l'être si des situations qu'on a déjà eues et qu'on a pas vécues de la même façon. Forcément on a tous nos histoires personnelles, notre vécu, et forcément le patient qui a juste une monoarthrite sur la goutte du pouce, et qui crie tout le temps, qui veut de la morphine etc., des fois on peut se dire : mince, est-ce que c'est vraiment justifié ? Enfin, on se pose la question : est-ce qu'il en fait pas des caisses, et du coup, se dire : on lui donne des antalgiques, on le voit moins, et puis on le met dehors rapidement…

F1 : Moi la situation, enfin je rebondis un peu sur ce que tu as dit au début, où je me sens maltraitante -enfin pas maltraitance, mais pas aussi bientraitante-, c'est aux urgences, où clairement, je pars de l'à priori que les patients ont des pathologies qui sont, la plupart du temps, pas graves, et du coup la notion d'empathie elle est beaucoup moins présente que le reste du temps, pour moi. J'ai beaucoup plus de mal à prendre sur moi, et à être bientraitante, et à être même agréable (rires), de prendre le temps et d'écouter les symptômes, parce que parfois moi, de mon point de vue médical, j'ai l'impression que ce symptôme, c'est rien du tout et que c'est pas grave, mais du point de vue de l'enfant et des parents, c'est grave, et c'est là, tout de suite. Alors oui, avoir 41°C de fièvre, pour moi, c'est pas grave, mais pour eux, c'est grave. Et là je suis beaucoup moins bienveillante. Mais je pense beaucoup de monde aux urgences.

F2 : C'est pareil ! Je me rappelle aux urgences une dame à 4h du matin, parce qu'elle avait le nez bouché… Elle avait l'impression de plus pouvoir respirer, mais elle avait 100% de sat', et sans s'en rendre compte elle respirait par la bouche plutôt que par le nez, mais elle avait l'impression qu'elle allait mourir ! Et donc du coup je me rappelle, non mais c'est bon pour un nez bouché à 4h du matin, en plus il y avait la fatigue et tout ça, j'étais limite en colère contre l'infirmière d'accueil qui avait accepté de mettre cette patiente dans les boxs et tout ça, pour un nez bouché. Donc j'avoue que je pense que j'ai pas dû être bienveillant, je lui ai dit, je me rappelle même avoir été un peu agressif, je dirais pas agressif mais un peu sec en disant : bon là vous voyez vous respirez bien par la bouche, vous êtes pas en train de mourir, vous avez une saturation à 100%, je vous fais une prescription de sérum phy à mettre dans le nez pour vous déboucher le nez, et ça ira très bien demain ! Je me rappelle avoir été sec…

F1 : Probablement que ça manifestait autre chose, enfin peut-être que si tu l'avais vue à 16h, peut-être que tu aurais pu discuter avec elle, prendre le temps… Ou peut-être que tu aurais fait la même chose en prenant le temps de lui expliquer.

Après c'est difficile, parce que est-ce que ça veut dire que les patients sont mal éduqués et consultent pour des motifs bénins -ça c'est sûr-, mais est-ce que du coup la bientraitance elle se mérite, est-ce que, parce qu'ils consultent pour rien, j'ai, entre guillemets le droit d'être un peu plus sec, par rapport à celui qui a une pathologie très grave, où là ça coule de source, tout le monde va être bienveillant, parce que le monsieur il a un cancer du pancréas et que, quand même, on est gentils avec les gens qui ont des cancers. (Rires) Je caricature, mais c'est... c'est la réalité, c'est légitime… mais… Bon après c'est ponctuel, c'est 10 min aux urgences où on n'a pas été bienveillant à ce moment-là…

F2 : On n'est pas parfaits ! On est humains… Enfin moi je pense que c'est dangereux de croire qu'on est parfaits, et qu'on fait tout bien comme il faut… parce que ça c'est la pire chose je pense, et c'est un facteur de, justement, pas être bientraitant, c'est de ne pas se remettre en cause, de se dire : c'est bon j'ai fait tout comme il fallait, c'était nickel… Je pense que même si à postériori, on se dit : « finalement, j'ai été bientraitant », juste le fait de ne pas se poser la question, si on nous fait remonter des informations et qu'on se pose même pas la question en balayant en même pas 2 secondes, je pense que c'est pas une bonne chose. Il faut savoir de temps en temps un peu se poser, et conclure peut-être qu'on a fait au final ce qu'on devait faire… mais celui qui est trop sûr de lui c'est dangereux.

Intervenant : Des choses à rajouter ?

F2 : La fête, la fatigue, le manque de temps, le stress… ça, ça peut forcément jouer.

F1 : La pression de l'administration !

F2 : Les courriers qui nous attendent, les réunions qui sortent du jour au lendemain, où il y a marqué : présence obligatoire. Même si on peut temporiser et que c'est le patient qui passe en priorité… (silence)

Intervenant : Question 4 donc : « Quelles solutions trouvez-vous au quotidien dans les cas où vous vous sentez moins bientraitants que ce que vous auriez voulu être ? » Ce que vous mettez en œuvre…

F2 : Prendre du temps et me dire « là je me pose, et je prends le temps », prendre le temps de faire ce que dois faire, au mieux, en se disant que le temps que je perds -entre guillemets- à ce moment-là, je le gagnerai plus tard parce que ça se passera mieux, si on est bientraitant avec un patient, globalement, l'hospit' se passe mieux, elle est plus courte, enfin elle c'est moins chronophage, donc prendre le temps, et revenir sur ce qui nous semblait acquis en fait. Et parce qu'on peut être moins bientraitant à un moment, et s'en rendre compte, et je pense qu'il n'est jamais trop tard pour se poser et rectifier le tir -entre guillemets-, et du coup avoir sur la globalité, une prise en charge bientraitante.

F1 : Se poser avec le patient, mais avec l'équipe aussi. Parce que souvent, si on a été moins bientraitant, on n'est pas le seul quand même. Et en tout cas, la solution à trouver, elle est en équipe.

F2 : Voilà, dire à son collègue : « Je préfère que ce soit toi qui aille le voir parce que je sens qu'il y a un meilleur feeling », c'est une solution, de déléguer, de passer la main à quelqu'un d'autre. Sans avoir l'arrière-pensée de se débarrasser de quelqu'un, parce que là c'est pas bien, mais vraiment de donner la main en disant, voilà là je suis pas dans la bonne situation, je suis pas dans la bonne optique, donc je préfère passer la main, mais pas dans le sens je me débarrasse… Et puis, écouter ce que les gens nous disent, l'équipe, l'infirmière qui vient nous dire « il a trouvé qu'on répondait pas à ses questions » : c'est important aussi d'écouter le retour des autres, des infirmières, des aides-soignantes, de tout le monde. (Silence)

F1 : Je réfléchis… Le temps, l'équipe, enfin en discuter avec les autres… ça fait pas beaucoup de solutions !

F2 : C'est peut-être parce que les solutions sont simples… (rires). Donc on a peut-être pas à faire 10 000 choses et que… ça ne sert à rien de se poser 10 000 questions, vaut mieux pas se poser 10 000 questions et être simple… Enfin moi je sais en médecine interne, on dit toujours « restez simple d'abord, on ira chercher les choses compliquées ensuite ». Etre simple et naturel, et se rappeler pourquoi on a fait médecine, on veut soigner les gens, et donc se redire « mince, pourquoi j'ai fait ça, j'ai fait médecine pour soulager les gens, pour répondre à leurs questions et leurs attentes », donc se recentrer sur nous même, se poser. (Silence) C'est pas des solutions miracles…

F1 : Quand même, prendre le temps, écouter les gens, se réunir en équipe…. C'est simple.

F2 : Je vois pas par exemple l'intérêt de faire un réunion mensuelle en disant « est-ce qu'on a été bientraitant avec tel ou tel patient », par contre une fois par an, parler dans certaines équipes de certaines prises en charge qui ont été difficiles, mais pas difficiles sur le plan diagnostique, thérapeutique ou tout ça, mais pour lequel il y a eu une implication de l'équipe, parce que ça a été dur ou il y a eu un vécu douloureux de la part de certains membres de l'équipe… ça pourrait être une solution. Mais faudrait pas que ce soit protocolisé, ça peut pas être… mais voilà un moment d'écoute où chacun dit comment il a vécu les choses… (silence)

Intervenant : Très bien, on peut passer à la dernière question alors : « Que pensez-vous d'une obligation de bientraitance ? »

F2 : L'obligation morale, on l'a déjà ! On n'est pas obligé d'avoir une obligation au sens légal et tout ça ! Enfin ça tombe sous le sens !

F1 : Ce serait vraiment dommage, que ça devienne une obligation légale, parce que ça veut dire que ça coule pas de source en fait, on en revient à ce qu'on disait tout à l'heure, si on choisit de travailler dans le domaine médical, paramédical, avec des humains, on est bienveillants, enfin ça coule de source, donc obliger les gens à être bienveillants, ça veut dire quoi ? Quelle est la peine si… et comment on définit si on a été moins bienveillants, et qu'est-ce que ça engendre ?!

F2 : C'est pas applicable parce que si je reprends ma notion, comme quoi c'est tout un continuum, une obligation de bientraitance, tu mets où la barre de bientraitance ? Et où est-ce qu'on l'arrête, et où est-ce qu'on la met ? Par contre je pense qu'avoir une définition de la maltraitance, elle est utile et nécessaire, c'est-à-dire -surtout en pédiatrie pour toi c'est particulièrement vrai-, et que ce soit définit par la loi et tout ça… Mais une obligation de bientraitance… Elle y est implicitement quoi, c'est comme si on nous obligeait à ne pas tuer quelqu'un ! (Rires). C'est pas logique, c'est une sorte de chose qui est un peu innée, en filigrane, naturelle… donc on ne va pas créer une obligation de ne pas tuer quelqu'un ! Il y a des choses qui tombent sous le sens, et qui font partie du cortège de valeurs, et je pense que la bientraitance fait partie des valeurs universelles !

F1 : Il faut plutôt que ça s'inscrive dans une démarche de service, un projet, où là, tu définis « qu'est-ce que la bientraitance, comment le service s'implique là-dedans, pour l'être au maximum », mais pour que ça reste en filigrane. (Silence)

F2 : Obligation, il y a ce côté, on force les gens, qui n'est pas top. Vous avez pas vu le nouveau clip qui passe sur l'ordre des médecins ? Où ça rappelle un peu les missions du médecin : je tairai les secrets, je serai présent pour mes patients… Enfin des choses qui rappellent en langage courant le serment d'Hippocrate, et ça me fait penser à ça.

F1 : Il y a la bientraitance dans le serment d'Hippocrate ? Je me rappelle plus…

F2 : Il n'y a pas le mot « bientraitance », mais il est en filigrane derrière… Parce que de ne pas répéter la pathologie du patient au voisin, c'est déjà de la bientraitance. Traiter tout le monde de la même manière.

F1 : Du coup c'est plutôt un devoir qu'une obligation (silence)

F2 : Un devoir qui s'impose, enfin qui s'impose à nous parce qu'on fait ce métier, sans obligation (silence)

F1 : On peut pas forcer les gens à être bientraitants. (Silence) On peut leur faire prendre conscience que c'est important, on peut créer une dynamique d'équipe, mais on peut pas convoquer quelqu'un, comme si ce n'était pas naturel ? C'est ça qui me perturbe, tu peux pas convoquer quelqu'un dans ton bureau et dire « bon, toi, t'es pas bientraitant, ça va pas, c'est obligatoire ! ». Tu peux obliger les gens à savoir compter jusqu'à 10, mais…

F2 : Et il y a une partie qui est tellement subjective, que tu ne peux pas… C'est comme tu vois, on peut obliger à ce que les hommes et les femmes soient payés pareils, où là il y a des chiffres précis, c'est quantifiable. Et là tu peux vraiment dire : « c'est anormal de pas avoir le même salaire », et peut-être que dans 10 ans, quand tout le monde aura le même salaire pour le même travail, on ne parlera plus d'obligation du même salaire… Mais là je pense que la bientraitance est suffisamment en filigrane et fait partie de nos valeurs communes qu'il n'y a aucun souci, et il n'y a pas d'obligations à mettre quoi…

F1 : C'est pas assez quantifiable… (silence) Enfin, j'espère que ça ne le sera jamais ! « Là, tu as été bientraitant à 8/10 ! » (Rires)

F2 : Comme ils aiment bien faire des scores, ils seraient capables de… (silence) Ils seraient capables de nous sortir des trucs comme ça l'administration, des scores de bientraitance…

F1 : Je sais pas, parce que ça rapporte pas de l'argent, et comme c'est pas côté par la sécu, donc je pense que les directeurs des CHU… Pourquoi on s'y intéresse alors que ça rapporte pas d'argent alors ? C'est étonnant non ? (Rires). Non, enfin que l'administration s'y intéresse ? (Rires)

Oui, en fait les associations de patients, ils ont beaucoup de poids en fait. C'est ce que je disais tout à l'heure, le patient est au centre et c'est lui qui fait bouger les choses. Oui, donc c'est pour ça !

F2 : L'administration, elle s'en fout ! Si c'est pas lucratif, elle s'en fout ! De toute façon c'est pas un commerce où les gens reviennent parce qu'ils ont aimé le premier contact (rires), là on est obligés de revenir à l'hôpital et on a pas le choix, du coup il n'y a pas cette…

F1 : J'avais pas vu les choses comme ça ! Non mais c'est vrai (silence).

F2 : Si t'es pas content du service à Mac Do, tu reviens pas, là t'as pas le choix… Enfin tu peux choisir ton établissement, mais, enfin des fois t'as pas le choix. (Silence). C'est pas un commerce, donc l'hôpital, la médecine, devrait pas être basés sur des trucs économiques et commerciaux et tout ça… (silence)

Intervenant : Est-ce que vous avez encore des choses à rajouter ?

F1 : Cette question est limite agressive… Moi elle m'a agressée, on peut pas obliger les gens à être bientraitants ! J'espère qu'ils le sont tous un peu quand même ! (Silence)

Intervenant : Vous avez d'autres remarques ?

F1 : Non

Entretien collectif numéro 7

Intervenant : Voilà un petit support PowerPoint, juste pour donner une trame, mais vous pouvez vous exprimer librement. Les informations principales : c'est enregistré mais directement anonymisé, c'est strictement confidentiel entre nous pour éviter les jugements. Le but : une représentation médicale de la bientraitance. Des travaux ont été effectués sur le point de vue des patients, d'autres sur les paramédicaux ou les administrations, mais très peu sur les médecins, c'est pour cela que nous effectuons ce travail. Encadrement par la CNIL. Possibilité de retour de l'avancement de notre travail.

Premièrement, petit brainstorming : la bientraitance, si on dit juste le mot comme ça, est-ce que ça vous évoque des choses ?

G1 : Déjà, le contraire de la maltraitance. On peut prendre le contrepied ! Parce que bientraitance, ça peut vouloir dire beaucoup de choses, je pense. C'est dans notre pratique.

G2 : Je pense, autant la maltraitance, ça peut être spontané, autant la bientraitance, il faut t'appliquer.

G3 : Oui, parce que tu as une valorisation encore supérieure au fait de juste ne pas maltraiter. C'est un cran au-dessus donc…

G2 : Donc à mon avis c'est déjà plus intellectualisé, la bientraitance, que la maltraitance.

G1 : Ce que je voulais dire, c'est que dans la maltraitance, tu peux avoir des points qui prennent le contrepied de la maltraitance. Alors oui, je suis d'accord avec toi, ça peut être une volonté délibérée dans ta pratique quotidienne, d'avoir une certaine bientraitance, comme tu peux avoir une certaine bienveillance, aussi…

G2 : Alors que spontanément, tu aurais plus tendance à filer vers une forme de maltraitance s'il n'y a pas de discussion, et si tu t'enfermes dans tes connaissances.

G1 : Et c'est là que peut-être on a un point important : c'est que dans notre métier, est-ce que la bientraitance ne correspond pas à l'écoute que l'on peut avoir des gens, de leurs plaintes, de ce pour quoi ils viennent, et en même temps on est médecin traitant, donc les gens nous accordent déjà leur confiance, sinon ils ne viendraient pas nous voir. Donc il y a déjà un premier pas qui est franchi dans notre métier, qui est qu'on a des gens qui viennent nous voir pour ce qu'on est, nous, et pas seulement pour nos connaissances ; en tout cas pour une bonne partie des patients. Et donc, ça rentre certainement dans la bientraitance, ils savent qu'ils sont écoutés par chacun de nous.

G3 : Moi je pense que la bientraitance, à notre échelle de médecins généralistes, peut-être vu par le patient, c'est ce qui fait la différence entre un praticien, et un bon praticien finalement. Plus que l'aspect technique. Ce qui fait la valeur ajoutée, par rapport…

G1 : En somme, vous situez la bientraitance dans la communication ?

G3 : Pas que, t'as le temps que tu prends…

G2 : Non, parce que ce que tu communiques, même dans tes silences, ils peuvent être…

G1 : Oui… mais le silence étant une méthode de communication !

G3 : Non mais le temps que tu prends, par exemple, juste je sais pas, l'aspect relationnel sans que ce soit la communication, la manière d'écouter…

G2 : La façon que tu as de recevoir le message du patient…

G3 : Par exemple, quand tu prends le temps de rappeler des patients pour des résultats d'examens, ou de t'inquiéter d'eux, est-ce que ça ne fait pas partie de la bientraitance ?

G1 : Moi je pense pas. Non.

G2 : Mais peut-être que par des mots différents, on parle de la même chose, non ?

G1 : Oui, peut-être. Moi je pense, quand même, que la bientraitance, c'est la façon d'adapter notre connaissance à l'individu. C'est-à-dire qu'imposer la connaissance, avec une réticence de l'individu, on est dans une forme de maltraitance, c'est-à-dire qu'on n'a pas compris ce qu'il faut faire, alors qu'on fait bien notre boulot.

G3 : Donc il faut de la communication…

G1 : C'est une communication, mais c'est surtout une adhésion à un programme de soins.

G2 : Moi je pense qu'il y a, dans la bientraitance, il y a plusieurs…

G1 : Bien sûr, il y a plusieurs champs : il y a le champ typiquement médical, il y a la bientraitance qui est presque de l'éducation ; quand tu t'adresses bien à quelqu'un, c'est une bientraitance ; quand tu le prends pas pour un…

G3 : Oui, quand on te raconte : « j'ai appelé tel médecin, il m'a parlé comme un chien, ça a beau être un bon praticien… ». C'est pas de la bientraitance !

G1 : Je pense que la bientraitance c'est un ensemble global, mais qu'il faut effectivement complètement éclater en différentes…

G2 : Et la bientraitance elle est aussi… On reçoit aussi des enfants, qui sont accompagnés de leurs parents ; ou des personnes âgées, qui sont accompagnées de leurs enfants qui sont adultes, c'est aussi la façon qu'on a de communiquer, ou d'accueillir, ou d'écouter les proches. Je pense que ça en fait partie. Et même pour le patient, la façon qu'on a d'accueillir, ou de de discuter avec les proches qui sont présents, ça doit faire partie de cette notion de bientraitance…

G3 : Moi je pense que tu as une grosse notion aussi de temps passé, enfin si t'as pas de temps, tu peux pas faire de la bientraitance. Sur des situations particulières tu peux, mais quand on va en EHPAD et qu'on voit qu'elles n'ont pas le temps de faire des toilettes, des trucs… La bientraitance c'est prendre le temps de faire les choses. Et nous en médecine générale on a encore cette chance-là, après ça dépend du type de pratique, il y a certains médecins qui prennent peut-être 5 minutes pour des consults, mais du coup je pense que c'est pas de la bientraitance. Tu peux résoudre un problème en 5 minutes, mais le fait de prendre le temps, ça fait partie du…

G1 : Et la bientraitance, je pense qu'elle ne peut s'inscrire que dans un projet de soins.

G2 : Je suis d'accord. Et dans une volonté délibérée d'être dans la bientraitance avec ton patient…

G1 : Je pense à un exemple, moi qui me perturbe continuellement, c'est les contentions, notamment dans les EHPAD. Mettre quelqu'un sous contention avec des barrières, ou attaché au fauteuil, mais c'est de la maltraitance ! Or dans le contexte, ça peut justement venir de la bienveillance qui serait donc de la bientraitance, pour éviter que les choses s'aggravent. Donc, pris isolément, une vision uniquement « spot » de la situation, un élément de maltraitance peut être un élément de bienveillance.

G2 : Alors c'est là qu'il faut savoir si la bienveillance c'est de la bientraitance ! Est-ce que cela en fait partie, où est-ce que ça en fait partie, pour toi ?

G1 : Il n'y a aucun équivalent à mon avis, il n'y a que des situations, et à chaque situation tu as une réponse particulière. La bientraitance n'est pas forcément une bienveillance, et une bienveillance n'est pas forcément une bientraitance. Et une maltraitance n'est pas forcément une bienveillance et inversement… Ce que je veux dire, c'est que chaque mot n'aura sa place que dans un contexte particulier. Il n'y a pas d'équivalent…

G2 : Oui… Après, il y a aussi ta volonté de vouloir écouter les gens, ou de ne pas les écouter. Il y a des gens qui sont… plus sur l'aspect abatage de consultations, aspect technique… et surtout pas parler d'autres choses que du mal de gorge…, et puis parfois ça nous arrive d'avoir quelqu'un qui arrive pour une angine, et on part sur autre chose…

G3 : La maltraitance, ça peut tout de suite être fait involontairement, alors que pour faire de la bientraitance, il faut vraiment une volonté d'aller dans ce sens-là.

G1 : Et puis je pense qu'on peut arriver à une bientraitance que s'il y a une confiance réciproque. Parce que sans confiance, il ne peut y avoir que de la maltraitance.

G2 : Et donc, de ce qu'on vient de dire, ça voudrait dire que la bientraitance n'est pas automatique, même si tu as la volonté… ça s'inscrit dans un contrat de soins, et dans une volonté délibérée d'être plutôt dans la bientraitance avec les gens que tu reçois.

G1 : Et puis je pense que, aussi, la bientraitance, ça s'apprend pas véritablement… ça se sent qu'il y a beaucoup de gens, qui ont ce côté, un peu paternaliste, qui ont de l'empathie, qui veulent… Et il y a en d'autres qui sont juste techniciens et qui appliquent un peu le savoir à la ligne. Donc c'est une autre composante qui a mon avis ne s'apprend pas. On peut éveiller ton esprit là-dessus, mais tu ne peux pas dire « maintenant je vais faire de la bientraitance ». C'est des capacités relationnelles…

G2 : C'est quand même un domaine dans lequel tu peux t'améliorer, si tu as la volonté de t'améliorer…

G1 : Envie de t'améliorer et de te remettre en question, parce que c'est quelque chose, si tu ne le travailles pas, spontanément c'est ta personnalité… (silence)

Intervenant : Est-ce qu'il y a autre chose que vous voulez dire ? Donc nous vous avons posé deux définitions de la bientraitance, juste pour s'affranchir de cette recherche sémantique du mot. Arbitrairement, nous avons choisi celle du Larousse et celle de la HAS.

Selon l'encyclopédie Larousse : Ensemble des soins, des actes et des comportements exercés par l'entourage familial ou professionnel d'une personne et qui procurent un bien-être physique et psychique au bénéficiaire.

Selon la HAS : « La bientraitance est une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'usager et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'usager, 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 patient, l'usager. Elle nécessite un questionnement tant individuel que collectif de la part des acteurs. »

G2 : La HAS s'est intéressée à la bientraitance ? C'est la HAS qui nous doit ces recommandations ? Les définitions, c'est un peu ce qu'on disait tout à l'heure non ?

Intervenant : « A quelles situations cliniques ces définitions vous font–elles penser ? » Est-ce que vous avez des exemples qui viennent ?

G3 : Moi, c'est typiquement dans les EHPAD, surtout que j'y pense quand je vais en visite. Enfin les définitions de respect, de prévenir la maltraitance, respect des droits, des libertés etc., quand tu as des personnes âgées qui n'exercent plus vraiment leurs droits, c'est compliqué parce que c'est l'institution qui se substitue à eux, et c'est là où tu as des gros risques, et tu le vois quotidiennement sur des petits trucs, où tu te dis « là, ça peut être de la maltraitance… » Une personne âgée qui appelle dans le couloir, et tu vois que personne ne vient, qu'ils n'ont pas le temps…

G1 : Moi je trouve que toutes les situations où on a affaire à une personne qui devient dépendante, quel que soit son âge, pour une raison médicale… même à domicile, par manque de soins, ou manque de présence… On frise la maltraitance… A l'inverse, comme on est dans une situation qui frise la maltraitance, on est en manque de bientraitance.

G3 : Ou à contrario, tu peux avoir des genres de réunions dans ces situations là, dans les institutions, pour aller dans la bientraitance, améliorer les pratiques, après c'est compliqué à mettre en place…

G1 : Moi je pense que la frontière entre maltraitance et bientraitance se situe… dans l'acceptation du soin par la personne. Je ne suis pas sûr que tout le monde mérite la même chose : je pense à une patiente qui est actuellement à domicile en soins palliatifs, ça fait un an qu'elle est en soins palliatifs -donc autant dire que palliatif, j'ai pas bien compris ce que ça voulait dire-, c'est une dame qui a refusé de se faire traiter. Elle est dans son lit, seule, avec des barrières, parce qu'elle peut tomber, parce que de temps en temps, elle veut se lever mais elle n'en a plus la force et elle n'en est pas consciente… Et quand je vais la voir, je lui dis « alors, comment ça va ? », « très bien, je suis très bien : tout le personnel soignant est super, ils sont toujours là c'est très bien ». Or pour moi, c'est une maltraitance, on pourrait lui offrir beaucoup plus à cette dame, mais elle n'en veut pas : elle est bien ! Donc en vérité, je pense que la bientraitance ou la maltraitance, c'est pas la représentation que l'on se fait de ce qui est bien et de ce qui n'est pas bien, mais c'est si on est en adéquation avec ce qu'attend le patient… Donc on ne peut pas dire « il y a du bien, il y a du mal », tout est bien, ou tout peut être mal…

G3 : Mais la définition de la HAS, c'est le respect…

G1 : Le respect ! Et c'est ça qui est surtout important à mon avis, c'est de respecter ce qu'attendent de toi les gens à partir du moment où ça ne nous met pas en difficulté. Parce que si ça nous met en difficulté, à ce moment-là on va devenir maltraitant malgré nous.

G2 : Et c'est là qu'on voit l'interaction avec les familles, moi je vois en ce moment j'ai un patient qui a 97 ans, qui a un mélanome et on découvre des métastases pulmonaires, en forme pour 97 ans ! Je l'ai hospitalisé pour une transfusion et un bilan, et tout le monde était d'accord : les infirmières, les kinés, la famille… et ça a été dramatique pour faire admettre ça au patient… il s'est mis en pétard, il voulait absolument pas être hospitalisé, qu'il refuse tout soin en dehors de chez lui… ça a mis en fureur sa famille, je suis intervenu plusieurs fois… et puis à un moment donné, j'ai dit « non mais il y a 97 ans, on va pas non plus lui donner 10-15 ans d'espérance de vie… L'envoyer à l'hôpital ça veut dire quoi ? Le mettre sous chimio : non ! Il veut pas, et bien on fait des soins à domicile… » Et donc on était dans une situation où à la fois la famille voulant bien faire, voulait imposer une hospitalisation, et finalement, il y a eu un retournement de situation, ou pour bien faire justement, on ne l'a pas hospitalisé. Donc ça montre bien que c'est pas forcément dans les meilleurs soins qu'on trouve l'adhésion du patient et que lui se considère bien ou mal-traité.

G1 : Il faudrait pas non plus que, sans perdre de vue la bientraitance, qu'on s'éloigne trop de nos référentiels quand même. Parce qu'on peut se laisser embarquer vers une forme de maltraitance médicale, de mal-traiter, mais pas de maltraitance.

G2 : Non mais là il ne souffre pas, il y a pas de douleur…

G1 : Ce que je veux dire, c'est que la bientraitance ou la maltraitance, c'est pas uniquement de la fin de vie, c'est pas uniquement du soin palliatif, ça s'adresse à tout le monde, même à un gamin…

G3 : Après c'est vrai que ça dépend, il ne faut pas qu'il y ait une perte de chance…

G1 : Et puis il faut, si on arrive pas à se mettre d'accord dès le départ, c'est là que ça va demander beaucoup de temps, parce qu'il va falloir faire adhérer à un projet scientifiquement reconnu quelqu'un qui s'y oppose. C'est pas parce que tu t'y opposes qu'on est dans une maltraitance. Non ! Il faut que cette opposition soit conduite progressivement vers une adhésion à un soin, et là on est dans une bienveillance. (Silence)

Intervenant : Question 1 bis « Pouvez-vous évoquer ici une situation où vous vous êtes senti pleinement satisfait de la PEC, ou vous vous êtes senti « bien-traitant » ? » (Silence)

G3 : Tous les jours, c'est vrai que tous les jours on a des satisfactions quoi… Sur des choses où tu es en accord avec ton patient…

G1 : Et pas forcément sur des choses compliquées…

G3 : Oui, sur les choses pas compliquées, si tu es en accord, en fait, avec ton patient sur, des fois tu as des doutes, mais si tu leur expliques et que tu arrives à avoir une interaction comme ça, où chacun se tient au courant, tu t'es mis d'accord avec le patient, tu lui as dit « rappelez-moi » … Finalement tu te sens moins dans l'insécurité des fois par rapport à ce que tu fais, et tu te dis que tu as été bientraitant, dans le sens que tu t'es préoccupé, et que tu as un retour, que le patient adhère avec ça. Heureusement que tu es d'accord et que tu n'as pas de conflit avec la situation…

G2 : Moi mon avant dernière consultation de la matinée, c'est un jeune de 27 ans, on était d'accord pour qu'il arrête de fumer, un truc tout con ! Donc on a mis en place un sevrage, on en avait déjà parlé, et là on a mis tout en place pour un sevrage tabagique. Et bien voilà, c'est

pas un truc grave, mais j'étais content, j'ai trouvé que j'étais dans la bientraitance pour le long terme, donc des situations comme ça, heureusement qu'on en a souvent, chaque jour, sinon ce serait un peu dur !

G1 : Moi j'ai un autre exemple : les gens chez qui tu suspectes quelque chose, qui vont voir un spécialiste, qui repose effectivement le diagnostic, mais ils se sont pas entendus et les gens refusent de prendre leur traitement parce que l'information est mal passée. Et là, on est dans la bientraitance de reprendre un peu tout et de les faire adhérer à un programme dont ils n'ont pas compris la finalité, et les faire repartir avec l'acceptation de ce qu'a dit de manière un peu bourrue un des spécialistes, c'est leur rendre service plutôt que les laisser s'envoler dans la nature.

G2 : Moi je pense que la bientraitance on peut la trouver dans des situations extrêmement simples, pas forcément dans les situations où on est utiles, comme tu le disais ; mais on peut ressentir la bientraitance dans des situations banales, ce n'est pas hiérarchisé par rapport à l'importance de la consultation. On peut avoir des situations complexes, où on a fait un boulot formidable sur le plan intellectuel, où on a vraiment rendu un service aux gens, et pour lesquelles on n'a pas forcément le même ressenti que dans une autre situation un peu plus banale. Donc je pense que c'est pas hiérarchisé en fonction du contenu de la consultation.

G3 : Je pense que le retour du patient est très important. Si en face tu as quelqu'un qui te renvoie une satisfaction de ta prise en charge, où tu sens que tu as été en phase et que ça s'est bien passé, je pense que c'est important…

G1 : Là donc, c'est le patient qui est bientraitant ! (Rires)

G3 : Il te fait te sentir bientraitant en tout cas !

G1 : C'est une osmose, si elle n'est pas là, il n'y a pas de bien…

G2 : C'est pour ça que les gens reviennent nous voir… ou pas !

G1 : Ceux qui ne reviennent pas, c'est qu'il y a eu une faille quelque part, mais c'est pas une faille forcément de bientraitance, ça peut être une faille dans la communication. Il y a un contrat moral de soins, où il doit y avoir osmose entre les 2.

G2 : Effectivement, on interprète la bientraitance en fonction de nos référentiels et ce qu'on pense nous, mais on peut penser être bientraitant avec quelqu'un, mais on ne sait pas ce que la personne a ressenti, et donc on peut se tromper ! On peut avoir l'impression d'être bientraitant comme il faut, et la personne peut avoir un ressenti tout à fait différent ! Si par exemple il y a un diagnostic qui lui déplait, ou qui l'inquiète… même si toi tu peux avoir l'impression d'avoir présenté les choses de la façon la plus bienveillante possible, lui peut ne pas se sentir bientraité…

G3 : Et à côté de ça, tu fais un diagnostic un peu grave à un patient, mais parce que ça s'est bien passé au niveau de la communication… c'est des gens qui gardent… moi j'ai des bouteilles et des chocolats suite à des découvertes de cancer ! Ça m'a toujours frappé, comme quoi la situation peut être diversement… c'est pas forcément une réussite dans le traitement, ou une bonne nouvelle… mais tu te dis que tu as réussi à instaurer de la confiance, du réconfort, et que tu as été bientraitant quelque part dans cette situation…

G1 : Pour beaucoup de gens, je suis pas sûr que la bientraitance, dans leur esprit, ça veule dire être bientraité -j'entends guéris-. La bientraitance, c'est « j'ai une problématique, est-ce que tu es prêt à écouter ma problématique et est-ce que tu es prêt à répondre à une demande ? » C'est tout, et c'est juste là pour les patients, c'est pas être bien soigné, guéris, c'est être bien traité ! Et c'est pas pareil ! Combien de fois, des gens, ils viennent, on sait pas ce qu'ils veulent, ils repartent, on n'a pas compris pourquoi ils étaient venus, et ils te disent « merci beaucoup docteur ! ». Tu sais pas pourquoi, mais on a été bientraitant pour eux !

G2 : C'est un concept qu'on peut préciser avec des mots, des définitions, mais après, dans la réalité de la relation humaine, il se joue bien d'autres enjeux qu'on ne perçoit pas forcément intellectuellement, mais qu'on ressent, mais sans forcément pouvoir l'expliquer.

G1 : C'est pour ça que ça ne s'apprend pas véritablement, on te communique les bases, et ton expérience fait que tu affines un petit peu ta relation avec les autres, dans le domaine médical dans tous les cas. Ça me fait penser à ces fameux trucs de communication, la marguerite… c'est un peu ça ! (Silence)

Intervenant : Question 2 « Quelle place cette notion occupe-t-elle dans votre pratique ? »

G3 : Moi je dirais que c'est primordial, c'est quotidien ! Ça dépend l'état d'esprit de chaque médecin, mais pour moi c'est ce que tu cherches avant tout à obtenir, au moins comme résultat de ta consultation, de ne pas avoir été maltraitant, et même de… après ça peut être volontaire ou involontaire dans ta manière d'être, déjà c'est ta manière d'être qui va faire que tu vas vouloir être bientraitant ou pas. Mais, en ce qui me concerne, moi je pense que c'est tous les jours, tu te dis, en allant au boulot ou quand tu démarres une consultation, qu'il faut être dans cette espèce de…

G2 : Moi je pense que ça devrait être, même si ça l'est pas forcément, un pilier important de notre pratique de médecin généraliste.

G3 : On n'est pas que des techniciens !

G1 : Moi je vais vous choquer, mais ça n'occupe aucune place…. Parce que c'est naturel. Je ne pense jamais « est-ce que je vais bientraiter, ou maltraiter »

G3 : Oui, je pense pas à la notion ! Mais c'est ce à quoi tu aspires !

G1 : Oui ! A faire adhérer les gens à ton projet… Ça fait partie intégrante de la consultation, c'est l'essence même de la consultation…

G2 : Et de l'écoute du patient… A travers cette écoute, il doit y avoir une considération pour ce que disent les gens, et en réponse, une réponse qui peut être technique, mais des mots, une attitude qui amènent un sentiment de bientraitance de la part du patient. Et je le répète, ça ne peut exister qu'à travers ton expérience et ta pratique. Et on le voit bien avec les internes parfois, c'est qu'ils ont une très bonne connaissance, mais ils ne sont pas dans la bientraitance parce qu'ils sont uniquement dans le côté technique. Ils écoutent ce qu'ils ont envie d'écouter, parce que ce qu'ils n'ont pas envie d'écouter ils vont oublier, donc ils écoutent pas tout, et puis ils appliquent que ce qu'ils ont envie d'appliquer, ils s'adaptent très très rarement à l'individu dans son entier, enfin c'est…

G3 : La bientraitance, c'est ce qui sauve quand justement au niveau technique tu as des lacunes en fait, parce que tu peux l'expliquer, tu peux être dans cette communication qui va faire que, voilà, tu vas passer la main, ou tu vas peut-être faire des petites boulettes ou tu vas pas savoir des choses, mais si tu l'expliques et que tu restes pas buté sur « je sais pas et puis voilà », ça te permet d'arrondir les angles et d'évoluer dans la consultation aussi… Donc oui je suis d'accord, c'est naturel mais c'est ce vers quoi tu tends, mais il y en a qui le font avec plus ou moins de naturel aussi…

G1 : Et après, c'est avec le tempérament de chacun.

G3 : Idéalement, un bon praticien, ça doit être dans son objectif quotidien sans même y réfléchir…

Intervenant : Donc, pour vous, il n'y a pas besoin d'y réfléchir et de poser le mot pour… pratiquer ?

G3 : Ah non ! Je suis pas tous les jours à me dire : « il faut que je sois dans la bientraitance » ! C'est pas intellectualisé !

G2 : C'est la première fois qu'on en parle, aujourd'hui ! Alors qu'on la pratique au quotidien !

G1 : Moi je trouve que ce serait terrible justement, de se poser la question !

G2 : Non mais là, on est en train de réfléchir sur des choses que l'on fait presque de façon reflexe ! D'ailleurs ça peut biaiser, si tu intellectualises trop les choses… Des fois il faut faire les choses comme on le sent, d'ailleurs on peut se louper, mais c'est important, tout en ayant une stratégie par rapport à la consultation, à ce à quoi on veut arriver, mais bon, il faut aussi être naturel !

G1 : Il faut pas non plus laisser imaginer à un moment, que la bientraitance, c'est une faiblesse…

G3 : Pourquoi tu penses à une faiblesse médicale ?

G1 : Parce que, si tu veux, à vouloir être trop bientraitant, ça veut dire que tu pourrais vouloir dire 'amen' à tout ce que te demanderais le patient, et il ne faut pas que ce soit ça, parce qu'au bout d'un moment, on devient trop fragile… C'est-à-dire qu'à vouloir être trop bientraitant, on ne sait plus se protéger et on fait tomber un peu nos limites. A des moments, la bientraitance s'arrête là où toi tu te sens maltraité. C'est-à-dire, je veux bien être bientraitant avec quelqu'un quand il rentre dans le cadre qu'on s'est fixé, de la consultation. Et si il en sort, il n'y a que 2 possibilités : soit je deviens maltraitant, soit je me retire. Et donc il faut quand même que cette bientraitance ne soit pas une finalité en soi, il faut qu'elle soit tout simplement le cadre dans lequel tu aies envie d'exercer et d'évoluer. Quand je dis ça, je pense que rappeler les gens, moi pour moi ça serait MA maltraitance…

G3 : Oui, tout dépend de ce que toi tu acceptes…

G1 : C'est ça ! Moi je ne le tolère pas et je ne le ferai pas ! Donc en vérité, il n'y a pas de définition en plus qui va baliser le terrain, cette définition elle ne s'adapte qu'à une situation et à un individu -non à 2 individus- !

G2 : En tout cas, tu as raison que la notion de bientraitance, moi je pense que c'est une valeur ajoutée à ce que l'on fait, mais ça ne doit pas être ce qui te conduit à faire des choses que tu n'as pas envie de faire dans le cadre de la consultation ! On est bien d'accord ! Parce que tu peux avoir une attitude de bientraitance avec quelqu'un, mais en faisant n'importe quoi, qui fait qu'au final, on sera maltraitant par un diagnostic erroné, ou un manque de soins, ou un manque de pertinence dans la prise en charge ! Donc c'est pas forcément la bientraitance, la notion de ce que ressens le patient, c'est aussi ce que nous on ressent dans ce qu'on apporte au patient, dans le cadre de notre réflexion, de notre consultation, et voilà, pas uniquement l'échange « merci, vous êtes formidable… »

G3 : Non, c'est pas vouloir faire plaisir au patient, non… (silence)

Intervenant : Question 3 : « Dans quelle situation vous êtes-vous senti moins bien traitant que ce que vous auriez voulu être (au-delà de la prise en charge médicale pure) ? Quelles en sont les raisons à votre avis ? »

G1 : On en a déjà bien parlé, c'est le frein du patient… Si on est pas en phase, ça avance pas…

Et puis il y a le manque de temps parfois, le surmenage. La fatigue. Donc qui peut, enfin tu peux être bien en phase avec quelqu'un, mais tu es dans un état d'esprit ou tu n'arrives plus, tu n'arrives pas : parce que tu es débordé, parce que tu as eu un souci avant, parce que tu as eu quelque chose de délicat… Et puis tu peux avoir des soucis personnels, qui font que tu ne peux plus être dans cette bientraitance alors que c'est ton projet.

G2 : On n'est pas infaillibles ! Pas du tout…

G1 : Il n'y a pas que le patient, il y a toi, il y a l'environnement… On peut être dans un cadre… Tu sais quand il y en a qui viennent, avec des gamins qui courent de partout, etc., au bout d'un moment…

G3 : Oui, ou quand tu n'as pas de secrétaire, tu es coupé par le téléphone tout le temps… Ou tu mets ½ h et à la fin tu regardes ta montre et tu n'en peux plus parce que tu es tout le temps dérangé…

G1 : Oui donc tu as les conditions de travail…

G2 : D'ailleurs, on est dans la bientraitance, parce que de temps en temps, ça nous amène à parler de patients avec qui ça a clashé, ou qui sont partis pour une raison qu'on ne trouve pas forcément valable, et on en parle entre nous parce que ça nous fait du bien, justement parce que ce sont quelques épisodes qui vont à l'encontre de ce que l'on pense devoir ou pouvoir apporter au patient.

G3 : Je pense que de là vient le gros malaise des médecins hospitaliers en ce moment, c'est tout dans le conflit de ce que tu voudrais faire en étant bientraitant avec tout ce qui est institutionnel, financier et qui va contre… Si t'arrives pas à être dans cette bientraitance-là alors que tu veux et que t'as d'autres choses qui se mettent contre toi, que c'est pas purement de ton fait, je pense que c'est là où tu deviens… où tu peux vite avoir un burn-out ou des choses comme ça… C'est pour ça que moi, si j'avais pas de secrétaire et que je devais passer 3 mois seule, je pense qu'à la longue, j'en pourrais plus de mon métier. Parce que je pourrais peut-être pas être tous les jours dans cette bientraitance, ou dans ce que je veux, à cause de problèmes matériels, ou organisationnels… (silence)

Intervenant : Question 4 « Quelles solutions trouvez-vous au quotidien dans les cas où vous vous sentez moins bientraitants que ce que vous auriez voulu être ? »

G2 : Alors moi, je pense qu'il y a plusieurs solutions : la première je viens de l'évoquer, c'est d'en parler. De débriefer. J'ai exercé 20 ans tout seul, et c'est une des premières choses qui m'a sauté à la figure, c'est dans le quotidien, pouvoir parler à des copains installés à côté de toi, qui travailles à côté de toi, et le bénéfice que tu en retires… Moi je l'ai perçu parce que ça a été de but en blanc, j'ai cette rupture brutale où le samedi j'étais tout seul, et le lundi j'attaquais à 3. Et donc je pense, la première des choses c'est de pouvoir en parler. Quand on a un gros souci, une prise en charge, une consultation qui s'est mal passée, etc. Et puis la deuxième, ça peut être tout con, mais prendre des vacances ! Quand ça va pas, tu te casses une semaine, tu vas planter tes choux, tu repeins tes volets, tu fais ce que tu veux, mais après tu reviens et ça va mieux ! (Rires)

G3 : Moi je suis d'accord, c'est essentiellement en parler… arriver à évacuer, à avoir un retour sur 'est-ce que quelqu'un d'autre aurait fait autrement', te rassurer en fait… Et puis bon, des fois les autres ils savent pas, ils peuvent pas te dire, mais ça fait du bien d'en parler.

G1 : Moi je passe la main. J'envoie chez le spécialiste…

G2 : Non mais ça fait partie des solutions.

G3 : Oui c'est vrai ! Arriver à voir quelqu'un d'autre qui prend le relais, pour souffler un peu des fois, selon la complexité de la situation…

G2 : Alors tout dépend de la situation effectivement, il y a des situations où tu peux pas forcément passer la main…

G3 : Il y a aussi d'autres trucs, quand tu as senti un malaise avec quelqu'un, ça peut être d'en reparler lors d'une autre consultation aussi, enfin selon l'approche que tu peux avoir avec les gens aussi…. Réévoquer cette situation là en disant : « bon, c'était pas comme d'habitude », peut-être arriver à trouver des causes… pour repartir sur des bonnes bases.

G2 : C'est difficile. Après c'est des solutions qui sont plus personnelles, et pas adaptables à l'ensemble de personnes… Mais d'être en cabinet de groupe c'est déjà une solution !

Intervenant : La dernière ? « Que pensez-vous d'une obligation de Bientraitance ? »

G1 : Une connerie !

G2 : Qu'est-ce qu'on entend par obligation d'abord ?! C'est une obligation légale ? Une obligation intellectuelle ? Qu'est-ce qu'on entend par une obligation de bientraitance ?

G3 : Mais c'est comme on l'a dit, c'est une vision personnelle la bientraitance, comment tu veux mettre des objectifs ?!

G1 : Non mais je dis ça parce que y'a quand même des certifications maintenant…

G3 : Mais en institution ou en cabinet de médecine générale ?

G1 : En institution

G3 : Comment tu objectives la bientraitance dans un cabinet de médecine générale ?

G1 : C'est pour ça, en institution c'est un peu… C'est compliqué mais c'est peut-être un peu plus facile parce qu'il y a des critères… le nombre de soignants par rapport au nombre de personnes, si les gens sont attachés dans leur coin…

G3 : Mais ça fait pas tout ! Malgré leurs critères, c'est pas à ça de toute façon que tu vas pouvoir savoir…

G2 : Mais nous dans notre métier, on a quand même une consultation qui est relativement isolée, dans le secret… Malgré tout, une obligation de bientraitance, moi je pense qu'on peut la ressentir cette obligation. Et à travers notre pratique, l'appliquer. Mais obliger quelqu'un à être bientraitant, je sais pas comment on peut faire…

G1 : Moi… Obligation de bientraitance, non. Est-ce que vous pensez qu'il doit y avoir une évaluation de la bientraitance, je dirais pourquoi pas. C'est-à-dire que je verrais bien à la limite, comme dans l'entreprise, où à chaque fin de consultation, le patient donne une note, toi tu donnes une note de ta consultation, (rires des autres participants) et ça pourrait être un moyen d'évaluation de l'adéquation dans la consultation. Donc qu'il y ait une évaluation de la consultation, moi j'accepte, mais qu'il y ait une obligation, c'est absolument impossible.

G2 : En plus il peut y avoir plein de biais ! C'est impossible !

G1 : Mais évaluer, pourquoi pas. A un moment, on avait bien fait notre évaluation sur internet, vous savez, avant qu'on mette internet, c'était très intéressant, on avait fait un questionnaire où les gens devaient dire ce qu'ils pensaient : de l'attente au cabinet, de la consultation, si ça avait bien satisfait à leur demande etc., et puis ils remplissaient un questionnaire ici, et il était sur internet, quand on a ouvert le site internet, il y avait une évaluation de la consultation. Mais il n'y avait pas notre évaluation de la consultation, mais on pourrait très bien matcher les 2, et puis ça pourrait tendre vers une notation de bientraitance…

G2 : Mais en même temps, si les gens ils reviennent te voir, quelque part c'est une notation aussi…

G3 : Et puis c'est difficile de leur demander, enfin il faut que ce soit anonyme…

G2 : Encore une fois, on a tout de suite bondi, mais c'est le mot obligation, qui nous a fait réagir… Qu'est-ce qu'on entend par obligation ? Obligation morale ?

G3 : Mais, c'est quelque chose qui coule de source, du fait que tu es dans le soin, c'est inhérent à ton métier, donc ça ne sert à rien de faire une obligation !

G1 : Et avant de parler d'obligation, déjà on a eu du mal à définir ce qu'est la bientraitance, on a dit que la bientraitance c'était parfois de la maltraitance pour certains, et inversement. Donc comment tu peux obliger alors qu'on n'a pas une définition exacte de ce qu'est la bientraitance puisqu'elle est variable ?! Ça n'a pas de sens ! (Silence)

Intervenant : Des choses à ajouter ?

G1 : Non

Entretien Individuel 1

Intervenant : Alors, en introduction… On fait donc une thèse, sur la bientraitance, en ayant choisi comme population les médecins, parce que en fait il y a très peu de choses qui ont été faite vis-à-vis de la réalité pratique de la bientraitance chez les médecins. Que la bientraitance devient, enfin est un sujet d'actualité, et est d'autant plus d'actualité en intra hospitalier puisque c'est devenu un critère de certification par la HAS en 2010, réactualisé en 2014. Cette thèse est donc d'orientation qualitative, son but étant d'avoir le panel le plus étendu de la vision et de la réalité pratique de la bientraitance chez les médecins, quel que soit le mode d'activité, quel que soit leur pratique et leur spécialité. Ce qui est importante de savoir c'est que cette thèse se fait dans le cadre de l'université de Grenoble, qu'elle est soumise à un accord CNIL, et que tu as le droit, jusqu'au dernier moment de me dire que tu ne souhaites pas que ces données soient analysées, ou utilisées pour la réalisation de cette thèse. Ça c'est important, de savoir que ces données seront protégées, ainsi que ton anonymat, et qu'il n'y a pas de bonnes réponses, que l'on cherche ta réalité pratique actuelle de la bientraitance, et que plus les réponses sont diversifiées, plus ça nous intéresse. Voilà, ce qu'on cherche, c'est à avoir le panel le plus large possible. Pour ça, on a des questions, mais moi ce que j'aimerais savoir, c'est si là tout de suite, comme ça je te dis « Bientraitance », qu'est-ce que ça évoque pour toi ? est-ce qu'il y a des choses qui te viennent à l'esprit ?

H : Bah… Alors… (rires) J'allais dire être bon avec le patient, mais… moi le truc quand tu me parles de bientraitance, ce serait de revenir sur ses positions, de pouvoir se remettre en question, dans ce qu'on fait…Se reposer la question de si on fait les choses bien ou mal…Et agir en conséquence. C'est essayer de ne pas nuire au patient avant tout, après tu parles en fonction de la spécialité alors c'est vrai que c'est difficile de… C'est particulier quand tu parles de psychiatrie, la bientraitance… Parce que tu parles de tout ce qui est du domaine de la liberté des patients, et du coup, c'est forcément quelque peu maltraitant quand tu penses à hospitaliser quelqu'un sans son consentement. Parce que au moment où on l'hospitalise, il n'est pas en mesure de donner son consentement, et que l'hospitalisation est censée être un soin… Chez nous, ça connote quand même beaucoup de questions personnelles sur la privation de liberté…Humm…Voilà pour le petit panel côté psychiatrie… Et bientraitance, qu'est-ce que ça peut m'évoquer aussi ? Une bientraitance à l'égard du patient, ce serait aussi, avec son consentement, une information de sa famille aussi, l'information des soins qu'on lui prodigue, ou qu'on ne lui prodigue pas… Ça aussi ça pourrait rentrer dans ma notion de bientraitance…C'est à peu près tout ce qui me vient à l'esprit quand tu me demandes de parler comme ça de bientraitance… (silence)

Intervenant : Est-ce qu'il y a une situation, là, comme ça, ou en pensant à ta pratique quotidienne, tu t'es senti bientraitant ? Est-ce que ça t'évoque une situation clinique particulière ?

H1 : Oui ! (Rires) Une d'il n'y a pas si longtemps que ça… C'est une patiente qui a une maladie de parkinson évoluée, qui vit au domicile, qui présente très probablement des troubles psychiatriques à minima, évoluant depuis longtemps, bien compensés, un trouble de la personnalité ancien, qui a comme particularité au niveau de sa maladie psychiatrique, de ne pas évoluer sur un plan moteur mais plus sur un plan psychique. Et elle a ce qu'on appelle une psychose parkinsonienne qui la pousse à délirer de manière fluctuante sans pour autant rentrer dans la case de la grosse décompensation délirante ou elle peut se mettre en danger… Mais ça entraine quand même beaucoup de complications à domicile, le propriétaire du syndic veut porter plainte, a porté plainte contre elle, il me semble… Bref, et elle est complètement dans le déni… Et nous on est resté dans la position de ne pas l'hospitaliser… Dans l'idée ou c'est une patiente âgée, qui n'a pas que cette maladie de parkinson et qui est quand même lourde d'un point de vue poly pathologique… Et l'hospitaliser en psychiatrie, on a considéré que c'était une perte de chance pour elle, et qu'on risquait d'avoir des problèmes au niveau de la iatrogénie médicamenteuse. On a tenu ça pendant plusieurs mois, et dernièrement, elle a re-décompensé, et la question s'est à nouveau posée, et on a réussi, avec beaucoup de « moyennage » on va dire, l'hospitaliser en neurologie, avec son consentement, pour adapter son traitement anti parkinsonien. Pour moi, ça, ça été être bientraitant, et lui éviter une hospitalisation en psychiatrie, sans son consentement, dans un état ou elle était décompensée sur un mode délirant, et de privilégier une hospitalisation qui pourrait peut-être amener, juste à restructurer un peu son traitement, à la mettre à l'écart des causes de sa décompensation délirante, de chez elle et donc pourquoi pas de la faire rentrer chez elle… Voilà…C'est la situation qui me vient à l'esprit, en tout cas chez la personne âgée, chez les vieux comme ça qui peuvent avoir des histoires délirantes qui sont assez enkystées, on essaie d'éviter les hospitalisations, ça c'est un gage de bientraitance… Surtout pour les personnes qui ont de très mauvais souvenirs des hospitalisations en psychiatrie sans consentement, qui peuvent être persécutées par les soins, par les médicaments, par le fait de ne pas être d'accord en fait avec tout ce qui se passe dans ces moments-là, ils en gardent quand même une trace… Du coup c'est les préserver d'un nouveau traumatisme en fait…

Intervenant : Donc c'était d'arriver à la prendre en charge avec son consentement, tout en l'extrayant d'un milieu qui était difficile pour elle c'est ça ?

H1 : C'est ça…

Intervenant : Est-ce qu'il y a d'autres situations qui te viennent à l'esprit ou tu t'es senti bientraitant ?

H1 : (silence)… Oui, j'en ai une autre… Qui est complètement différente d'ailleurs, c'était quand je faisais un hors filière en neurologie, on a eu une fin de vie à gérer, sur un patient qui avait une tumeur cérébrale volumineuse qui entrainait un syndrome de masse et le patient se dégradait, la question s'était posée de continuer les soins ou pas… Et la bientraitance elle s'est ressentie du côté du patient ou on a tout fait pour alléger sa souffrance, sans pour autant… Oui c'est ça, alléger sa souffrance… Et là, la bientraitance était surtout autour de sa famille, ou dans le service on a quand même assez adapté le cadre de l'hospitalisation qui peut être relativement strict vis-à-vis des familles, les horaires de visite fixe, au niveau tout simplement de notre présence vis-à-vis des questions… Donc oui, on a été bientraitant…

Et ce qui m'a fait m'en souvenir, ça a été surtout une fois que le patient est décédé, ça a été la position de la famille… Malgré ce décès, elle a été très chaleureuse, elle nous a remercié de notre prise en charge, et c'est vrai que ça, ça nous a fait sentir bientraitant… Est-ce qu'il y a d'autres situations qui m'ont fait me sentir bientraitant ? (Silence) Ouais… Je ne sais pas trop si c'est de la bientraitance, mais la disponibilité vis-à-vis des patients, c'était dans un autre stage, un patient qui n'était pas en mesure d'adhérer aux soins qu'on lui procurait en médecine légale, un patient qui avait un état de stress post traumatique, qui vivait dans la rue, et qui se mettait en danger en plus de ça en vivant dans la rue vu le traumatisme qu'il avait eu… Il avait fait sauter l'hospitalisation au bout de 2 semaines parce que ça ne lui convenait pas, et je lui avais passé mon numéro de téléphone au cas où il se passait quoi que ce soit… Et je l'ai déjà revu 2 fois hors des clous, juste pour assurer un minimum de suivi, savoir comment ça allait, et éventuellement essayer de voir s'il y avait vraiment plus de risque et s'il fallait que j'en parle à mes chefs… Et cette disponibilité-là, moi je peux considérer ça comme de la bientraitance… Voilà, comme exemples, il me semble que c'est ça…

Intervenant : Et si on revient sur le deuxième exemple, c'est le remerciement de la famille qui t'as fait te sentir bientraitant c'est ça ?

H1 : Avant déjà, c'est vis-à-vis du patient qu'on se sentait bientraitant, quand on voyait qu'il allait mieux, qu'il avait plus ces signes d'hyperalgie, qu'il allait mieux, déjà on voyait que … Qu'on était dans le soin quoi, qu'on n'était pas du mauvais côté du soin quoi… Et la présence de la famille aussi, à la fin de la prise en charge… Oui clairement, c'est la fin de la prise en charge qui nous a fait nous sentir bientraitant…

Intervenant : D'accord… Et si je te pose la question de la place que cette notion a ou n'a pas dans ta pratique ?

H1 : Quelle place ça a ? Je pense que je reviens à ce que je t'ai dit au tout tout début de l'entretien, c'est se remettre en question en fait, je ne peux pas te dire un pourcentage ou est-ce que je me pose vraiment la question de si là je suis bientraitant, c'est juste que je me dis « est-ce que là je fais bien les choses au final ? est-ce qu'il y a des choses que j'ai ratées ? » Pour moi c'est là où la bientraitance a toute sa place… Du coup, bah oui, j'ai quand même souvent tendance à remettre en question ce que je fais donc ça a quand même pas mal de place… J'espère… Mais c'est vrai qu'on l'aborde pas souvent sous l'angle de la bientraitance, ce n'est pas sous ce nom-là qu'on l'utilise entre nous, on va utiliser maltraitance, mais bientraitance non…

Intervenant : A contrario, est-ce qu'il y a des situations où tu t'es senti moins bientraitant que ce que tu aurais voulu être ?

H1 : Euh… J'essaie de retrouver des situations parce qu'il y en a forcément… Ça me donnera un point d'ancrage… (Silence) Oui… Oui … C'était une situation très très complexe… Comment essayer de te résumer ça… (Silence) Tu me disais maltraitance, et je te disais situation complexe… Du coup, le truc, c'est que c'était une patiente qui était hospitalisée en psychiatrie, en soins libres, qui est très très connue de la psychiatrie, qui a passé tout son parcours d'enfant et d'adolescent en psychiatrie, qui est maintenant adulte, et qui continue à poser des problèmes, elle est hospitalisée quasiment 1 jour sur 3 aux urgences, soit pour des IMV, soit pour des idées suicidaires et qui du coup était arrivée à l'hôpital en soin libre à nouveau sur des idées suicidaires donc on l'avait reçu dans le service, et très rapidement, elle a fait les mêmes situations qu'elle fait d'habitude c'est-à-dire que elle va mimer des pertes de connaissance, elle peut aller jusqu'à mimer des état comateux pour lesquels elle a déjà été hospitalisée, elle a déjà été intubée alors qu'elle était totalement consciente, du coup très difficile à prendre en charge comme patiente…Et donc j'ai été appelé dans la nuit, une première fois, une deuxième fois, une troisième fois dans la nuit, pour des situations de ce genre la… Et au bout de la troisième situation, l'infirmière m'appelle pour me dire qu'elle n'arrive plus à gérer la situation, pour me dire que la patiente est allongée dans le couloir, qu'elle avait pris une autre infirmière, qu'elles avaient eu du mal mais qu'elles l'avaient allongé dans le lit, et que ça ne pouvait pas continuer comme ça parce qu'elle se mettait en danger… C'est vrai que moi je l'avais déjà eu en hospitalisation et que cette jeune fille avait mimé une perte de connaissance et qu'elle avait tapé la tête dans le mur, et il y avait 2 dent qui étaient restées dans le mur quoi… Donc il y a quand même une notion de mise en danger quand elle fait ça… Du coup quand j'arrive sur place, le tableau que je t'ai présenté auparavant, mais elle respire normalement et les paramètres sont tous normaux, mais inconsciente, elle ne répond pas à la douleur, elle ne répond pas non plus aux ordres simples… Donc la procédure, là, difficile à suivre… En me disant que si je ne fais rien, 30 minutes après ça va être à nouveau la même chose, elle va se relever, elle va se mettre en danger, elle va refoutre le boxon, elle va se faire mal… Pression de l'infirmière qui me dit qu'elle ne peut pas passer toute la nuit comme ça, et de l'autre infirmier… Du coup, je dis que le temps qu'elle est comme ça, ou elle est endormie, il va falloir qu'on la contentionne… Là je me suis senti complètement maltraitant parce que j'étais hors des clous… On peut faire des contentions temporaires, mais ça reste quand même une décision de privation de liberté et cette patiente était en soins libres donc… On commence à mettre en place les contentions et comme par hasard, 10 minutes plus tard, moi j'étais resté à côté d'elle et je me disais qu'elle allait reprendre contact avec moi… Et 10 minutes plus tard, elle me dit « mais qu'est-ce que je fais là dans mon lit, attachée, vous n'avez pas le droit, je vais appeler mon avocat… » … Exactement dans ce qu'elle sait faire parce que de toute façon, elle connait les rouages de la psychiatrie, elle sait comment faire, et elle sait comment faire avec les internes… Donc après grosse pression en sachant que déjà de base j'avais des remords à le faire… Donc là je me suis senti vraiment maltraitant… Mais après je… Je ne voyais pas d'autre solutions… Et la pression qu'on m'a mise aussi ne me faisait pas entrevoir d'autres solutions… Si j'avais pu éventuellement être bientraitant, ouais je serais resté peut-être 1h, 1h30 à son chevet, mais là… J'aurais pu être bientraitant en faisant ça, mais je ne sais pas si ça aurait eu un quelconque effet… Donc voilà, là je ne me suis pas senti dans la…pas carré dans ma prise en charge…

Intervenant : et du coup dans ce cas, quelle a été ta solution après ? Qu'est-ce que tu en as fait ?

H1 : (rire) Qu'est-ce que j'en ai fait ? Euh… Je suis resté parlé avec la patiente, je suis resté une bonne demi-heure avec elle, on a parlé, on l'a désentravé, on a enlevé toute contention, mais par contre je lui ai dit que si elle refaisait un autre épisode comme ça dans la nuit, on

serait obligé de changer le mode d'hospitalisation parce qu'elle se mettait en danger… C'était juste repousser l'échéance et sincèrement, j'ai eu de la chance qu'elle ne le refasse pas dans la nuit… Mais dans tous les cas, la solution qu'on a trouvée après coup elle me paraissait dans tous les cas pas bonne… J'étais toujours sur ce que j'avais fait avant et qui me faisait poser des questions on va dire…

Intervenant : D'accord… Et est-ce que tu as pu en reparler après, avec les collègues, avec les infirmiers, les infirmières ?

H1 : Non, les infirmiers ils étaient dans la banalisation totale, eux ils auraient voulu les contentions toutes la nuit avec une sédation, sachant que la patiente elle était déjà bien sédatée… Donc en reparler avec les infirmiers, non… Il n'y a pas eu de dialogue dans ce sens-là, ils étaient bien fermés comme je te l'ai dit au départ, c'est une patiente qui est déjà connue de tout le monde, c'est un peu un ras-le-bol général, idem aux urgences… Je ne sais pas si je sors du cadre mais c'est tellement difficile que j'ai un collègue qui m'a parlé la semaine dernière, elle est encore revenue pour une tentative de suicide, une IMV, initialement elle est allée aux urgences, les urgences n'ont pas voulu l'accepter parce qu'ils pensaient qu'elle mentait ou ce genre de chose… Du coup elle est allée à l'hôpital psy, et la prise en charge qui a été faite ça a été d'attendre qu'elle s'enfonce pour la re-transférer aux urgences… Pour te dire à quel point la situation est difficile… A qui j'en ai parlé ? Aux autres internes… Et voilà… Est-ce que ça m'a fait du bien de leur en parler ? Oui parce que eux non plus ne voyaient pas d'autre solution à la situation… Après me sentir mieux, pas forcément… Parce que même quand j'en parle aujourd'hui, ça me fait chier… J'en ai pas parlé aux séniors parce que de toute façon, ils ne sont pas sur place, et que ça fait un moment qu'on leur demande une conduite à tenir et qu'ils ne savent pas, à chaque fois ils nous disent que c'est au cas par cas et que… Il faut gérer… Donc on gère, comme on peut…

Silence

Intervenant : Est-ce que pour les cas du quotidien ou tu as une sensation de moins bientraitance, est-ce que tu as des solutions au quotidien que tu imagines ? Est-ce que tu as des idées de solution pour être mieux traitant ?

H1 : (Silence) Oui, alors au quotidien, c'est quand on reparle des situations cliniques complexes, c'est quand on fait des concertations très souvent c'est déjà mis en place… On reparle des situations complexes, alors c'est pas mis en place comme des comités d'éthique, mais on reparle des situations complexes, et on en arrive toujours à questionner la pratique, à se demander si on a trouvé une bonne solution pour le patient ou si on l'a pas fait… Du coup, la solution est déjà là, elle existe déjà… Et c'est vrai que même si c'est chiant de prendre du temps pour ce genre de réunion, il y a toujours un bien qui est fait par ce genre de réunion… Autrement, je ne vois pas trop d'autre solution, a part discuter de la bientraitance, ça me parait déjà être une belle chose… (Silence)

Intervenant : Et si on revient à la spécificité de la psychiatrie, parce ce c'est très intéressant je trouve, c'est dans quelle mesure, comment tu places la privation de liberté- qui est quelque chose d'assez commun en psychiatrie- comment tu places la privation de liberté au sein de la bientraitance, ou jamais dans la bientraitance, ou à côté, ou parfois inclus… Enfin comment tu les places l'un par rapport à l'autre ?

H1 : (silence) On va dire que dans tous les cas, la privation de liberté, c'est pas la règle, au contraire… On essaie toujours de faire autrement, quitte à être dès fois dans les limites de l'hospitalisation… Je pense que ça dépend vraiment des praticiens, mais moi j'ai eu souvent la sensation que comme je t'en parlais avant, de au final maintenir au maximum les personnes en dehors de l'hospitalisation alors qu'elles auraient peut-être eu recours, peut-être dû avoir recours à des hospitalisations sans consentement mais ça je te dis, c'est vraiment très individuel comme sentiment… Mais voilà, il y a des moments où on ne peut plus faire autrement… Et ce moment où on ne peut plus faire autrement, comme je te disais tout à l'heure, on a la sensation, cette impression un peu d'échec, un peu de pas réussir à faire les choses correctement sans avoir recours à cette hospitalisation sans consentement… Mais comme il n'y a plus d'autre recours, et qu'on voit pas comment faire autrement cette hospitalisation sans consentement, et bien on la fait cette hospitalisation… Et je n'ai pas l'impression d'avoir été maltraitant dans ce cas-là, parce qu'il y a vraiment eu une réflexion, il y a quand même eu une réflexion en amont, c'était pas « aller hop, cette personne on l'hospitalise », c'est plutôt, on l'hospitalise, mais avec quel bénéfice ? Avec quel bénéfice et avec quels inconvénients… Donc ça reste quand même une balance bénéfice risque, et quand la balance est du côté du bénéfice, il y a plus trop à se poser de questions… Comme je t'ai dit, c'est quand même difficile… Oui c'est difficile… Et c'est difficile en psychiatrie de se dire qu'on se met à la place du patient, parce que trop d'empathie c'est… C'est un peu difficile en psychiatrie… Parce qu'on peut se dire du jour au lendemain, qu'être hospitalisé, c'est un peu comme être emprisonné… C'est quand même, c'est comme une peine… Donc c'est pas rien… Donc ta question c'était quoi ? Ou se place la bientraitance ou la maltraitance dans les hospitalisations sans consentement c'est ça ?

Intervenant : Comment tu juxtapose, associe ou pas, la notion de bientraitance et la notion d'hospitalisation sans consentement ?

H1 : Ouais, la balance bénéfice risque vraiment… Si je devais résumer à ça, ce serait la balance bénéfice risque, vraiment …

Intervenant : OK… Et maintenant, je vais te poser la dernière question qui est une question choc et qui est faite exprès pour être une question choc, c'est pour toi, qu'est-ce que tu penses d'une obligation de bientraitance ?

H1 : La première chose qui me vient à l'esprit, c'est … ça suggère une remise en question de nos pratiques professionnelles en fait... Du coup, ça veut dire qu'on ne l'est pas ! Une obligation de bientraitance… C'est-à-dire que je préfèrerais une non obligation de maltraitance plutôt qu'une obligation de bientraitance… ça a une connotation, à mes yeux en tout cas méga négative…

Intervenant : Pourquoi ?

H1 : Pourquoi ? Parce que ça veut dire que je suis plus maltraitant que bientraitant ! Et du coup c'est difficile à entendre quand même, parce qu'on ne fait pas médecine pour être maltraitant quand même ! Ah ouais, l'obligation de bientraitance je t'avoue que j'aime vraiment pas… Pas du tout, d'autant plus que je ne suis pas allé en médecine pour avoir une obligation de faire les choses… De faire les choses bien, de faire les choses mal, enfin quand tu vas en médecine, c'est quand même que tu as un peu un sens du devoir, du devoir et des responsabilités vis-à-vis de tes patients, et du coup t'essaie, en théorie, par tous les moyens d'être bientraitant et du coup… Dire une obligation de bientraitance, ce serait vraiment remettre en question ma pratique quotidienne que je le fais déjà… Donc ouais, j'aurais du mal à devoir remplir une charte d'obligation de bientraitance… (silence) Voilà…

Intervenant : Très bien… Est-ce que, avec toutes ces questions et ce qu'on vient de dire, est-ce que tu as des choses à rajouter, des questions à ouvrir, ou je ne sais pas des remarques à faire ?

H1 : (silence) ça fait toujours bizarre de parler des situations ou on s'est senti maltraitant quand même…

Intervenant : Pourquoi ?

H1 : (silence) parce que ça ravive un sentiment ou tu t'es senti mal dans ta prise en charge… Et comme tu le sais, c'est difficile d'en parler, au niveau des sentiments, au niveau des émotions oui, c'est difficile d'en parler… Au niveau émotionnel c'est difficile d'en parler… Vis-à-vis de l'entretien c'est ça que j'ai à dire…

Intervenant : Est-ce qu'il y a autre chose qui te vient ?

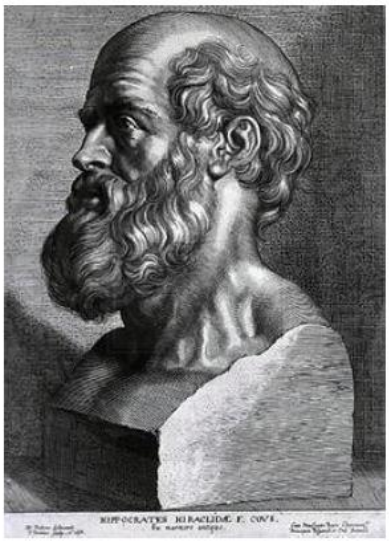
H1 : (silence) Oui, que du coup c'est bien de parler de bientraitance, enfin des fois ou on était vraiment content de nos prises en charge… Ça fait du bien…

Intervenant : Et cette revalorisation, elle est importante ?

H1 : Oui, dans le métier qu'on a aujourd'hui, la revalorisation de ce qu'on fait c'est quelque chose d'important, parce que je ne sais pas si c'est vrai, mais j'ai vraiment l'impression qu'on est pas forcément assez revalorisé dans le regard des patients, ou des familles pour ce qu'on fait en fait… Et du coup, c'est vrai que ça fait du bien de parler de bientraitance à l'égard des patients dans notre pratique…

Intervenant : Très bien, merci beaucoup…

Serment d'Hippocrate



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,
Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.
Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.
Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.
Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.
Je garderai le respect absolu de la vie humaine.
Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.
Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.
Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Résumé

Introduction : La bientraitance est une notion transversale récente provenant du champ médico-social, également partie intégrante du domaine de l'éthique, évoquant une nouvelle approche de la relation à l'autre.
Les institutions médicales l'ont évalué et intégré dans des recommandations à l'usage des soignants.
La question de la relation des médecins à la bientraitance semble pertinente.
L'hypothèse principale était que la bientraitance est un questionnement permanent et une valeur soignante.

Objectif : L'objectif principal était de recueillir les représentations et la réalité pratique qu'en avaient les médecins.

Matériel et méthode : Cette étude qualitative par théorisation ancrée et analyse du contenu portait sur les médecins hospitaliers toute spécialité, les généralistes libéraux et internes des agglomérations de Grenoble et Chambéry.
Le recrutement a été réalisé par sollicitation directe (mail, téléphone) ou indirecte (mail commun). Les entretiens ont été enregistrés pour retranscription, anonymisés, puis codés séparément pour triangulation des chercheurs.

Résultats : Sept entretiens collectifs semi-dirigés et un entretien individuel (soit un total de vingt-deux médecins) ont été réalisés entre novembre 2017 et avril 2018.
La population était de neuf hommes et treize femmes, la médiane d'âge était de 30.5 ans et leurs modalités d'exercice était diverses, avec une majorité exerçant en secteur hospitalier.
La bientraitance apparaissait comme un concept primordial, une valeur soignante spontanée.
Les participants se l'appropriaient en pratique mais avaient des difficultés à la conceptualiser.
Elle s'articulait dans quatre champs principaux : le soignant (impliquant une démarche active volontaire) et le patient (sa vulnérabilité), dans une relation de co-construction, le tout dans un contexte spécifique (familial, d'équipe et institutionnel).
La bientraitance semblait poser des limites théoriques (amalgames, paradoxes) et pratiques (personnelles, relationnelles, logistiques, institutionnelles). L'élargissement de son concept à la « bientraitance des soignants » semblait important.

Conclusion : La bientraitance est pour les médecins un concept complexe et mouvant, en accord avec les données de la littérature. Il est à la fois un questionnement éthique, mais aussi une démarche quotidienne dans un contexte donné, qui s'inscrit dans une relation toujours singulière. Il semblerait que les niveaux de réponse soient tant individuels que collectifs.

Mots clés : Bientraitance ; sollicitude ; éthique ; empathie ; relations médecin-patient ; *care* ; *ethics* ; *empathy* ; *physician-patient relations*

Abstract

Introduction: ‘Bientraitance’ (i.e. well-care) is a recent cross-disciplinary notion stemming from the medico-social field. It is also an integral part of the domain of ethics as it conveys a new approach to the relationship with others.
Medical institutions have evaluated and incorporated it in guidelines intended for Healthcare professionals.
The question of the physician’s relation to ‘bientraitance’ seems relevant.
The main hypothesis was that it represents a permanent questioning and a healthcare value.

Objectives: The main objective was to gather the physicians’ representations and how they experienced its practical reality.

Material and method: This qualitative study using grounded theory and content analysis included general practitioners, hospital specialists and interns from Grenoble and Chambéry regions.
The recruitment was carried out by direct (mails or phone calls) or indirect (group mailing) inquiry. The interviews were recorded for further transcription. They were made anonymous and were coded separately for researchers’ triangulation.

Results: Seven collective semi-structured interviews and an individual interview were carried out between November 2017 and April 2018, for a total of 22 physicians.
The sample consisted of 9 men and 13 women. The median age was 30.5 years old. Their practice settings were diverse and a majority of them were working in a hospital environment.
‘Bientraitance’ seemed to be an essential concept and a spontaneous healthcare value. The participants were taking ownership of it but were struggling conceptualising it.
It was revolving around 4 main fields: the healthcare professional (involving a voluntary and active approach), the patient (his vulnerability), their co-constructive relationship and a specific context in which it took place, such as a family one or a team and institutional one.
‘Bientraitance’ seemed to set up theoretical limits (amalgams, paradoxes) as well as practical ones (personal, interpersonal, logistical, institutional). The widening of the concept of “‘bientraitance’ towards the healthcare professionals themselves” seemed important.

Conclusion: ‘Bientraitance’ is for the physicians a moving and complex concept, an idea which is in agreement with data from the literature. It is at the same time an ethical questioning and a daily life approach in a given context within an ever-singular relationship. It would seem that the answers are to be found on an individual level as much as a collective one.

Keywords : Bientraitance ; sollicitude ; éthique ; empathie ; relations médecin-patient ; *care* ; *ethics* ; *empathy* ; *physician-patient relations*