

## Dans cet article-->

Réflexion iconoclaste sur :

La relation de soins

Le concept de qualité des soins

Les acteurs de la relation

### L'auteur de cet article est :

-Ergothérapeute spécialisé en sciences du travail et disability management

- Praticien du Shiatsu thérapeutique

-Formateur pour les conseillers en santé et santé complémentaire (en cours de construction)

- Enseignant en haute école d'ergothérapie

- Spécialisé en :

- santé mentale (hôpital, milieu pénitencier, travail en réseau)
- médiation hospitalière et droits du patient
- Suivi et accompagnement de l'incapacité de travail et de la réadaptation professionnelle

Par Christophe DE LETTER

Octobre 2020

# Les moteurs du soin

## Le "bénéficiaire de soins" et son "soignant"

Etant donné que nous souhaitons nous adresser à un public large, nous avons opté pour l'utilisation de termes très généraux. En effet, le terme soignant peut identifier, sans froisser quiconque, tout professionnel qui s'inscrit dans une relation de soin au bénéfice d'un demandeur. Ce dernier, toujours dans un but généraliste, sera identifié tel un "soigné", termes qui nous semblent assez factuels et englobants pour "garder l'Église au milieu du village".

## Dans quoi allez-vous vous plonger ?

Les quelques réflexions qui vont suivre s'adressent à toute personne impliquée dans une relation de soins au bénéfice d'une personne en demande ou en besoin. Nous souhaitons être inclusifs et nous adresser à tout professionnel, qu'il soit associé au corps médical ou non. En effet, l'être humain s'oriente de plus en plus vers d'autres approches, peut-être moins réglementées, mais prouvant chaque jour leur efficacité grâce au sérieux et au dévouement de leurs représentants.

Nous faisons face, de nos jours, à une dynamique sociétale de plus en plus clivée où l'espace entre les extrêmes est grandissant et profond et où chacun a tendance à s'enfermer dans sa propre vision du monde. Le secteur de la santé ne semble pas faire exception. Entre sa logique économique de plus en plus marquée et sa vocation première, celle de soigner, il existe d'innombrables courants et spécialités. Chacun est persuadé d'avoir trouvé LA réponse aux maux de son "soigné". La crise sanitaire que nous vivons nous montre à quel point ces deux extrêmes logiques sont incompatibles et à quel point les **soignants** isolés donnent tout ce qu'ils peuvent pour faire de la « **Qualité** ».

Qu'est-ce que

soigner?

Qui sont ces

acteurs impliqués

dans des relations

soignant-soigné?

Qui est,

finalement, celui

qui (se) soigne?

Mais qu'en est-il de cette personne au centre de toute cette machine, celle sans laquelle aucune réflexion, aucune étude n'aurait de sens. Ce moteur n'est rien d'autre qu'un être humain, un semblable, qui demande à ce que l'on soulage ses souffrances, ou du moins que l'on l'aide à y parvenir et cela où qu'il soit, quel que soit le soignant qu'il consulte, qu'il soit diplômé d'Etat ou formé sur les réseaux complémentaires parfois qualifiés, à tort selon nous, d'alternatifs.

Dans le vortex de cette vision binaire, nous menons une réflexion, que nous partageons ici, pour tenter de définir ce qu'est "soigner" en nous intéressant in fine aux besoins du bénéficiaire de soins. Ce concept sera débattu en l'interrogeant, le décortiquant et en partant à la recherche de ses secrets, voire ses paradoxes. Qu'est-ce que soigner? S'agit-il de guérir, de panser des blessures, d'apprendre à autrui à vivre avec une maladie, une malformation ou une perte en adoptant une position savante? Ou bien parle-t-on de guider, d'accompagner une personne souffrante ou malade sur la voie de sa propre guérison ou évolution en prenant soin d'elle ou en l'aidant à faire cela. Qui est, finalement, celui qui (se) soigne? Qui sont ces acteurs impliqués dans des relations soignant-soigné? Allons-y...



# Une loi qui donne un cadre

Abordons, pour commencer, un sujet qui fâche actuellement de par le vécu de manque de personnel et de moyens alloués au secteur de la santé; la « qualité des soins ». Quelle définition apporter à ces termes, entendu qu'il s'agit d'un droit fondamental du "patient" tel que repris dans la loi belge du 22 août 2002. Celui-ci est décrit en son chapitre 3 art 5 :

*« Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite »*



Cette « simple » phrase, soulève elle-même une série de questionnements quant aux définitions à apporter aux différents termes employés comme le terme "patient", "qualité" et praticien professionnel. Cette loi s'adresse-t-elle à tous les bénéficiaires de soins? Soumet-elle la totalité des soignants?



## Loi à la loupe

### Le patient

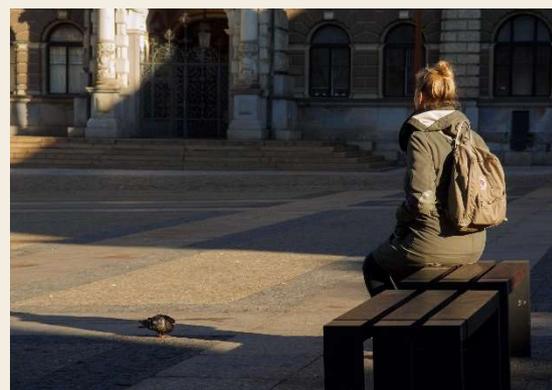
De façon préliminaire, d'un point de vue étymologique, le terme "patient" est né du latin *patiens* utilisé dans les textes antiques pour désigner "celui qui souffre" ou "qui endure". Actuellement, selon la loi belge (2005), il désigne communément « une personne physique à qui des soins de santé sont dispensés à sa demande ou non ». Les termes soins de santé sont ici entendus comme des « services dispensés par un praticien professionnel en vue de promouvoir, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient ou de l'accompagner en fin de vie ».

Cette loi s'adresse-t-elle à tous les bénéficiaires de soins?

Soumet-elle la totalité des soignants?

En abordant le terme au premier degré, le patient est celui qui attend calmement. Il peut donc laisser entendre une certaine soumission disciplinée.

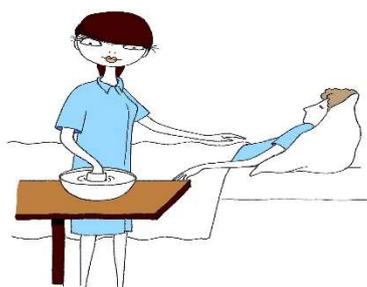
Notons néanmoins qu'il existe une polémique confrontant les termes « patient » et « client ». Nous y reviendrons plus loin dans cet article avec grand intérêt.



### Soigner

Le verbe "soigner", englobe tant le fait de veiller au bien-être de quelqu'un que les actes médicaux, thérapeutiques, esthétiques, d'hygiène ou encore de cosmétiques. L'étymologie pourrait provenir d'un verbe germanique *sunjôn* signifiant "s'occuper de", "se soucier de" ou du verbe latin *somniare* étant "l'action de songer à quelqu'un, d'y prêter attention". Soigner un patient pourrait donc, en prenant certaines libertés, se traduire par: "Se soucier de la personne qui souffre".

Toujours au premier degré, soigner est un acte concret qui vise à poser une action sur une souffrance dans le but de la stopper ou de la diminuer. Prudence quant à l'utilisation des termes « soins de santé » qui semblent réservés au « praticien professionnel ».-->>



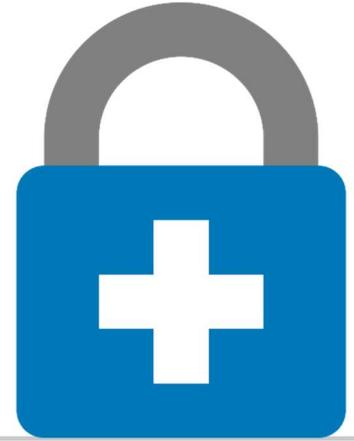
## Praticien professionnel

Abordons maintenant la signification des termes “praticien professionnel” qui est défini dans cette même loi comme : « Le praticien visé à l’arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l’exercice des professions des soins de santé ainsi que le praticien professionnel ayant une pratique non conventionnelle (acupuncture, ostéopathie, chiropraxie) telle que visée dans la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l’art médical, de l’art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l’art infirmier et des professions paramédicales. ». Cela signifie dans un premier temps que la qualité des soins n’est pas qu’une affaire médicale et que de nombreux professionnels sont touchés par cette “obligation”.



Toute personne sortant donc de ce cadre ne peut pas être considérée légalement comme un praticien professionnel. Pourtant, en prenant quelques menus risques de froisser le corps médical, nous pourrions extrapoler et suggérer que cette loi inspire toute personne s’inscrivant dans une relation de soins en pensant, entre autres, aux masseurs, kinésithérapeutes, naturopathes, praticien du shiatsu, coach, microkinésithérapeutes...

Néanmoins, étant donné le cadre légal belge, nous leur conseillons de choisir un autre terme pour nommer leurs bénéficiaires. Nous verrons plus loin d’ailleurs l’intérêt thérapeutique non négligeable qu’un tel choix peut représenter.



Toute personne sortant donc de ce cadre ne peut pas être considérée légalement comme un praticien professionnel.

## Prestations de qualité

*Qu’en est-il si l’on étudie de plus près la signification de “prestations de qualité”. En effectuant quelques recherches sur ce que pourraient être des “soins de qualité”, on se rend rapidement compte qu’il y a une sorte de consensus quant à la nécessité de mise à jour des connaissances et des technologies disponibles. Il s’agirait donc d’une question de connaissances et de moyens ?*

*La dignité humaine ainsi que l’autonomie du patient et l’absence de discrimination sont également des incontournables lorsque l’on tente de définir le “concept”. - Il est entre-autres demandé au soignant de faire preuve d’honnêteté intellectuelle et de professionnalisme lorsqu’il ne se sent pas apte à prendre en charge un bénéficiaire. Il peut faire valoir son droit, en le réorientant vers un collègue aux qualifications et compétences égales-. Est-ce réellement cela qui permet de qualifier une prestation “de qualité”?!*

### La qualité serait :

...question de connaissances et de moyens ?

...le respect de la dignité humaine, de l’autonomie du patient et l’absence de toute discrimination ?!

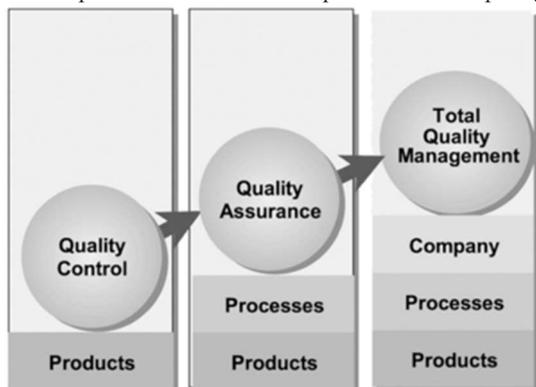
Peut-on se limiter à cela ?



Reprenons donc le concept-même de “qualité”, très en vogue de nos jours mais assez flou. Le mot « qualité » vient du latin “qualitas” qui possède une origine complexe. Néanmoins, son origine réelle serait grecque. Il s’agit d’un terme créé pour définir le monde en tant que produit d’une transformation issue de deux forces, l’une étant plus active que l’autre. Bien qu’au départ, ce terme ait été employé pour traiter de Physique - “la qualité de Miel n’est apportée que grâce à la transformation opérée par le travail des abeilles sur une matière” -, son utilisation a progressivement évolué vers la définition d’une force de transformation de la réalité, la vertu étant, par exemple, considérée comme telle. Pour être défini, Cicéron opposera ce concept à celui de quantité, si bien qu’aujourd’hui ceux-ci sont utilisés dans le milieu académique pour définir deux types de recherches différentes bien que complémentaires, les études quantitatives et les qualitatives selon que l’on étudie des phénomènes qui peuvent être directement observés (et donc quantifiés) ou non.

Nous voyons donc qu'à l'origine il s'agissait davantage d'un concept que d'un terme à la définition fermée. Or, si l'on reprend la vision moderne du mot qualité dans sa logique certifiante à la façon ISO, on parle d'organisation, de production, de management ou de produits et services commercialisés qui passent par la recherche d'amélioration continue à tous niveaux pour satisfaire la "clientèle". Par-dessus tout, de nos jours, la qualité doit pouvoir se mesurer selon des approches systémiques et statistiques (qualitative et quantitative en d'autres mots). Elle est vue comme une approche globale nécessitant la participation de tous les professionnels d'un même système.

Progressivement le concept de qualité est donc passé d'une approche quasi quantique à une approche plutôt managériale de l'ordre du contrôle, de la traçabilité pour une satisfaction optimale. Et lorsque l'on parle de recherche absolue de satisfaction, on sous-entend d'une certaine façon une prestation de service. Cela nous permet en quelque sorte de mettre en avant un certain **aspect clientéliste de la relation de soin** qui pourrait **plaider en la faveur du basculement du statut de « patient » vers celui de « client »**. Néanmoins, la réalité de nos hôpitaux, en l'occurrence, n'est pas sur le même diapason que ce concept, de même que le concept même du "pouvoir d'achat" face auquel tous ne sont pas égaux.



En effet, pour digresser légèrement dans ce chapitre, en suivant quelque peu les médias, il nous semble demeurer une rupture, un conflit entre l'esprit du soignant, du soin et le concept de qualité tel que recherché, promu par les dirigeants. Le vécu de devoir faire plus avec moins est manifesté assez fréquemment au détriment d'un ressenti de qualité. Pourtant, le secteur académique prône cette valeur à travers la recherche et ce qui est appelé la pratique basée sur des preuves toujours plus pesante **pour décrier ce qui n'a pas les moyens financiers, spatiaux et temporels pour prouver ses résultats.**

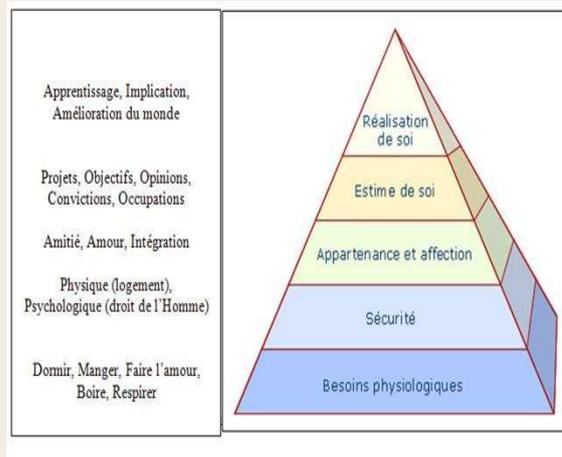
**La qualité :**

...le produit d'une transformation issu de deux forces ?

...approche managériale de l'ordre du contrôle ?

## Une question de besoins ?

Poursuivons notre décortilage de l'article de loi et voyons maintenant comment le terme "besoins", en parlant de ceux du patient bien entendu, peut être perçu dans le sens où des prestations de qualité sont supposées y répondre. Littéralement, ce mot issu du vieux-français, signifiant "nécessaire" définit ce dont une personne ne peut se passer pour (sur)vivre. Et certains auteurs tels que Abraham Maslow et sa pyramide des besoins en 5 niveaux (1943) ou Virginia Henderson et les 14 besoins fondamentaux (1961) se sont largement penchés sur le sujet. Tous deux ont une approche graduelle allant des besoins primaires - liés à la survie et au fonctionnement physiologique - aux besoins de sécurité, d'appartenance et de participation dans la société. L'estime de soi, la réalisation personnelle et les dimensions occupationnelles se situent quant à elles au sommet de cette échelle comme une sorte d'Eldorado. Virginia Henderson soulignera également le besoin d'agir selon ses croyances et ses valeurs qui semble, de nos jours un élément central dans le maintien de la santé mentale de nos contemporains.



Ceci étant dit, à quels besoins un "soignant" devrait être tenu de répondre? Quelles sont les obligations du système général de soins par rapport à ce champ? Nous pouvons aisément convenir que les besoins liés à la physiologie sont primordiaux, élémentaires car satisfaits, ils peuvent laisser la place aux autres. Au-delà de la physiologie, nous avons la mécanique, pilier de la sécurité physique mais également facilitatrice de la participation nécessaire aux besoins liés à l'appartenance. L'estime de soi et l'épanouissement, bien que plus fins, plus complexes méritent que l'on s'y attarde, les niveaux inférieurs ayant une influence certaine sur ces dynamiques. Nous retrouvons cela partiellement dans la dernière partie de la définition du chapitre trois paragraphe 5 de la loi : "...dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite...»



Répondre aux besoins du patient pourrait donc être perçu comme une montagne, une pyramide que l'on gravit vers la satisfaction de dimensions de plus en plus fines. Or, il nous semble que celui qui gravit ce pic est le patient/client et non le soignant qui, en fonction de ses spécificités, ses missions est posté à l'un ou l'autre « campement de base ». Il est donc important, en tant que soignant de bien identifier où il se trouve, ce qu'il propose et à quel niveau de l'ascension il se positionne.

**Est-ce le soignant qui sait ce dont son soigné a besoin ? Sans doute à un certain niveau très technique et, la maîtrise de sa propre technique et de ses limites est essentielle. Le reste se situe entre les mains de la personne elle-même qui seule peut prendre conscience de ses besoins réels et ira auprès de celui qui pourra l'aider, au moment où il en a besoin.**



## Respect de la dignité, de l'autonomie sans distinction

*Cette partie est de loin la plus difficile à documenter dans le sens où l'on parle plutôt de droits humains fondamentaux égalitaires, d'absence de jugement et de respect des libertés individuelles. Il s'agirait donc d'une valeur « humaniste » en quelque sorte imposée au soignant. Et cette valeur n'est pas sans importance car elle souligne divers éléments fondamentaux. La dignité humaine insiste sur l'importance de traiter une personne avec respect sans amoindrir, dénigrer, diminuer, juger, humilier ou condamner. Pour cela, peut-on parler de neutralité pour respecter la dignité d'autrui ? Peut-être que oui si celle-ci est empathique et respecte ce que vit l'autre.*

dignity+respect  
= Inclusion

La notion du respect de l'autonomie mérite réellement que l'on s'y attarde car il s'agit ici d'assurer que la personne puisse gérer seule « ses dépendances ». Si une aide, un soin est apporté, c'est pour assurer cette liberté. Un soin qui a pour perspective de créer une dépendance, fidéliser une clientèle serait donc un non-sens.



Que le soignant ne fasse aucune distinction est un sujet à débattre car, en effet, traiter chacun de manière équitable semble essentiel. Pourtant, il arrive et il est humain, qu'une personne, un individu suscite quelque chose chez l'autre qui rende la relation compliquée. Cette « obligation » pourrait induire des soins de mauvaise qualité car le soignant pourrait se sentir contraint par la loi de prendre en charge une personne qu'il n'a pas le « pouvoir » d'accompagner. Ici, c'est l'honnêteté qui sera reine et le professionnalisme qui demandera que le demandeur puisse être orienté vers un autre praticien aux compétences équivalentes. Il est vraiment important que chaque professionnel ait conscience et connaissance de ce droit pour pouvoir se respecter et respecter l'autre.

Un soin qui a pour perspective de créer une dépendance, fidéliser une clientèle serait donc un non-sens.

# Que fait-on de tout ça ?

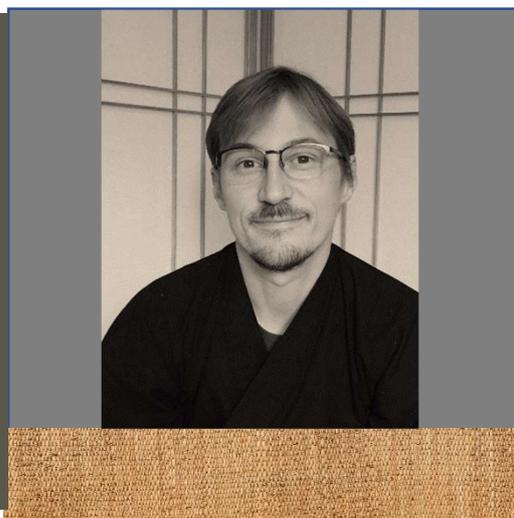
Ce dont nous pouvons convenir après notre analyse peut être traduit comme suit: "Un professionnel qui se soucie de la personne qui lui demande son aide ou qui de facto la requiert, dans une approche humaniste qui respecte ses limites, ses obligations de moyens - la bonne maîtrise, connaissance et mise à jour de ses techniques- et qui maintient son bénéficiaire au centre de ses préoccupations tout en soutenant, accompagnant sa propre autonomie, est sur le droit chemin."

*Chaque soignant n'est qu'un élément de passage plus ou moins important dans le parcours d'un soigné*

Il nous semble, par contre, plus compliqué d'arrêter une vision consensuelle des termes « qualité » ou « prestation de qualité » alors même que le concept n'est pas défini de manière absolue et a muté catégoriquement au fil des temps. Nous aimons néanmoins, la définition les percevant comme l'énergie de la transformation, celle dont le travail apporte une transformation pérenne. Chaque soignant n'est qu'un élément de passage plus ou moins important dans le parcours d'un soigné. Parfois, ces passages laissent des traces définitivement positives ou négatives. La qualité se trouverait peut-être quelque part par là et ne pourrait donc s'évaluer que sur le long terme. Nous pensons, que le seul outil d'évaluation pertinent est le feedback du bénéficiaire lui-même au risque de s'enfermer dans une dynamique quantitative évaluant un acte de soins et non la globalité de la démarche.

## Soigne-t-on des Patients ou des clients ?

*Nous aimerions conclure ce tour d'horizon en questionnant l'usage du terme "patient" pour définir une personne "soignée" s'inscrivant dans une relation de soins. Il est convenu dans les établissements de soins ou les cabinets privés de désigner les bénéficiaires via le mot "patient". Mais qui sont ces professionnels qui ont coutume de faire usage de ces vocables? Il s'agit tout simplement des professionnels de la santé reconnus par un diplôme d'Etat qui se sont inscrits dans une vocation de soignant qui est à dissocier d'une quelconque relation commerciale. D'ailleurs, ces professions sont relativement bien prises en charge par la sécurité sociale. Nous parlerons de spécialités "conventionnelles". C'est à eux que s'adresse « la loi des droits du patient ».*



Un patient est une personne qui met sa santé, ou une partie de celle-ci, entre les mains de professionnels auxquels il accorde sa confiance. Mais ce mot laisse entendre une certaine langueur passive dans une position où l'on attend avec calme et résignation. Pourtant, nous avons vu que la loi insiste sur le droit à des soins de qualité. La vision moderne de ce concept tend vers la recherche de la satisfaction maximale du soigné comme celle d'un consommateur achetant un produit. Ce premier parallèle fait un pas de côté vers le clientélisme.

Les dynamiques financières de nos jours imposent des logiques lucratives aux hôpitaux. Les tarifs conventionnels imposés par les instances officielles sont souvent jugés insuffisants et poussent les professionnels à ne pas être conventionnés pour pouvoir fixer leurs propres tarifs. Cette dynamique s'inscrit au profit de nombreuses dérives telles que des tarifs à la carte en fonction des prestataires, des assurances, des hôpitaux ou des chambres choisies.

**bientôt disponible >>>**

**Dans le prochain numéro**

*Réflexion sur les soins en oncologie, la place des techniques de soins et des thérapies complémentaires ?*

Pourtant, les salariés d'institutions de soins s'inscrivent souvent dans une dynamique de « vouloir bien faire », faire de la qualité et dans leur savoir faire et savoir être tiennent la note tant que les moyens octroyés suffisent. Or, il est souvent souligné que ceux-ci manquent, si bien que le vécu de qualité en pâtit. Le mot "patient" est employé à tour de bras à bien juste titre dans une telle dynamique.

Patient, client sont donc, en effet, en fonction de la réalité et de la dynamique dans laquelle on se situe, deux termes tout à fait à propos même si le premier semble quand même légalement réservé aux professions conventionnées et privilégié par l'habitude, la tradition. Mais ne dit-on pas que les mots font de nous ce que nous sommes ?

**Compte tenu de notre argumentaire et de ce qui relève, au terme de ce papier, de notre vision d'une relation de soin, les termes soignant, soigné et partenaires de soins pour désigner ce duo ou cette équipe interdépendante semblent tout à fait à propos. Ceci laissant, à nos yeux, bien transparaître l'aspect dual de la relation, de la collaboration, responsabilisant chaque partie dans la dynamique du mieux-être voire, osons le dire, de la guérison. Vous vous ferez sans doute votre propre opinion et nous espérons que ces quelques pages vous aideront à faire votre choix en fonction de votre identité professionnelle.**

## Références et inspirations

- Loi belgie des droits du patient, 22 août 2002.
- Loi sur les hôpitaux, coordonnée le 07 août 1987
- Maslow A, 1989, Vers une psychologie de l'être, Fayard, Paris, 266p
- Collière M.F, 1996, Soigner, le premier art de la vie, Interédition, Paris, 440p
- Loi Belge relative aux droits du patient (22 août 2002)
- Service public fédéral emploi, travail et concertation sociale, 2004, Le stress au travail, facteurs de risques, évaluation et prévention
- Scallon G, 2004, l'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences : DE BOECK Université
- Organisation mondiale de la santé, 2006, Œuvrer pour la santé, Présentaiton, Suisse, OMS
- Guiard J-P, 2007, Cogito ergo therapeia, je pense donc je soigne dans *Ergothérapie en psychiatrie, de la souffrance psychique à la réadaptation*, éditions Solal, p103-120
- Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles, 19 décembre 2008,
- Lévy C, Cicéron, 2008/1, Le moyen platonisme et la philosophie romaine : à propos de la naissance du concept latin de qualitas, *Presses universitaires de France « Revue de la métaphysique et de morale »*, n°57, pages 5 à 20
- Rousset Guillaume, 2009, Comment Nommer la personne prise en compte par le système de santé ?, *Recherches en communication*, n°32 p103-117
- Kobeissi K et Aubert B, 2014/3, Le patient, un « client » presque comme les autres..., *expansion management review (N°154)* p51-57
- Clement E, 2009, La résolution de problème : à la découverte de la flexibilité cognitive, A. Colin, Paris, 235p
- Moens I, 2010, La réforme des soins de santé mentale en Belgique, *IWSM*, ppt. :[http://iwsmb.be\\_dir/reformefederal.pdf](http://iwsmb.be_dir/reformefederal.pdf) dernière consultation le 30/08/2
- Iwama M.K.,2010, update 2015, *The Kawa Model*, Churchill Livingstone, 260p
- Akinobi K, Whieldon A, 2011, *Seiki la vie en résonance, l'art secret du Shiatsu*, Vannes, Le premier SULLY, 239p
- Krishnamurti, 2014, *Mettre fin au conflit*, Presses du Châtelet, Paris, 237p