



Synthèse de la Table Ronde du Rein n°8

Bienveillance

Vendredi 22 février 2013 – FEHAP

Groupe de travail chargé de l'organisation de la table ronde

Alice Casagrande, directrice adjointe en charge de la qualité, la gestion des risques et la promotion de la bientraitance à la Croix-Rouge française, animatrice de la table ronde, Olga Baudelot, psychologue, Association Polykytose France, Dr Agnès Caillette-Beaudoin, néphrologue, Vienne, Pr Dominique Cupa, psychologue-psychanalyste, AURA Paris, Dr Sylvie Mercier, Renaloo, Pr Claire Pouteil-Noble, néphrologue, Lyon

Participants

Claude Allary, patient, Renaloo, Paris, Marie-Françoise Baraton, proche de patient, FNAIR, Tours, Pr Christian Baudelot, sociologue, Renaloo, Bernard Bayle, directeur de l'AURA Auvergne, Marie-Françoise Baraton, FNAIR, Claire Blavot, infirmière en UDM, AURA Paris, membre du comité éthique, Dr Olivia Boyer, néphrologue pédiatre, Hôpital Necker, Paris, Yvanie Caillé, Renaloo, Isabelle Cassou, psychologue, Altir, Nancy, François Caremelle, cadre infirmier, service de transplantation, CHU de Lyon, Karène Casty, infirmière de dialyse à l'AURA, Benoit Desert, patient, Caen, Marion Dolque, adjointe de direction et juriste, AIDER, Montpellier, Sophie Fave, coordinatrice du réseau Tircel, Lyon, Martine François, assistante sociale, ECHO, Nantes, Catherine Fullana, infirmière, Calydia, Vienne, Véronique Ghadi, sociologue, HAS, Dr Jean Claude Glachant, néphrologue, Bourg en Bresse, Pr Jean Pierre Grünfeld, Président du Conseil scientifique des EGR, Dr Patrick Hallonet, néphrologue, Calydia, Vienne, Myiram Jabri, Laboratoire Pfizer, Dominik - Paskal Joseph, patient, Biganos, Marie-Françoise Landrin, infirmière, Foissac, Jean-Pierre Lacroix, patient, FNAIR, Nathalie Lecourt, psychologue, Hôpitaux de St Maurice, RNP, Marianne Le Tallec, infirmière, AURA, Paris, Mélodie Liance, infirmière pédiatrique, Hôpital Necker, Dr Lucile Mercadal, néphrologue, La Pitié, Paris, Catherine Mie, cadre infirmier, Hôpital Robert Debré, Paris, Véronique Monier, psychologue, Hôpital Robert Debré paris, Claude Ngayz, infirmière en centre lourd, AURA Paris, Hursin Ozkul, patiente, Renaloo, Clamart, Dr Jean Michel Poux, néphrologue, Brive la Gaillarde, Danielle Rapoport, psychologue, association Bienveillance, Dr Marion Roussel, proche de patient, Renaloo, Dr Brigitte Thévenin Lemoine, ARS Paris, Dr Yanick Tirolien, néphrologue, Maubeuge

La 8^e table ronde des Etats Généraux du Rein s'est fixé pour objectif de réfléchir sur ce que devrait être la « bientraitance » dans le domaine des maladies rénales chroniques et donc sur les obstacles à surmonter pour y parvenir.

Une grande partie des débats a été consacrée aux formes particulières que prend la maltraitance dans le cadre de ces pathologies, étape nécessaire pour pouvoir ensuite construire de la bientraitance. La réflexion collective s'est déroulée en quatre étapes :

- la recherche d'une définition de la notion de la maltraitance applicable aux contextes des pathologies rénales
- les raisons de l'occultation de la maltraitance
- l'identification des situations de maltraitance
- la recherche de solutions en vue de parvenir à la « bientraitance »

La recherche d'une définition de la maltraitance

Une définition précise et consensuelle de la maltraitance est une condition nécessaire pour traiter de la bientraitance. Le Conseil de l'Europe distingue en 1992, sept formes de maltraitance :

- maltraitance physique : coups, abus sexuels
- maltraitance psychique : familiarité, humiliation, manière inappropriée de s'adresser à l'autre
- maltraitance matérielle et financière : vol, abus de confiance d'une personne vulnérable par exemple
- privation de droits : privation d'aller et venir
- maltraitance médicale et médicamenteuse : abus de sédation par exemple
- négligence active (intentionnelle) : par exemple service où les professionnels déjeunent ensemble et débranchent les sonnettes pour ne pas être dérangés.
- négligence passive (non intentionnelle) : par exemple l'oubli d'un patient dans une mauvaise situation. La maltraitance ordinaire à l'hôpital n'est jamais intentionnelle.

Intéressantes en soi, ces définitions balayent un registre trop vaste et trop divers pour pouvoir couvrir de façon pertinente le champ des pathologies rénales. Il existe un autre modèle plus adapté au domaine de la santé, celui élaboré par Hilary Brown en 2012 qui a l'avantage de décentrer le regard des débats franco-français. Il distingue quatre modalités principales de maltraitance :

- la maltraitance ciblée
- la maltraitance institutionnelle
- la maltraitance professionnelle
- la maltraitance dans la sphère domestique

Chacune de ces modalités recouvre à son tour plusieurs sous catégories :

La maltraitance ciblée :

- les crimes de haine : par exemple agression physique pour des raisons raciales ou religieuses ; c'est un crime ciblé par rapport à une appartenance, à une catégorie.
- abus de type prédateur : il y a là préméditation, voire élaboration consciente de cette forme de maltraitance : vol, viol, agression.
- abus de type parasitique : abus matériel, maltraitance financière.

La maltraitance institutionnelle : C'est la maltraitance qui découle de l'application mécanique de fonctionnements rigides, souvent déshumanisés, ou de soins négligents délivrés par des personnels dépassés ou non disponibles. La volonté explicite de nuire est absente de ce type de maltraitance. Les patients peuvent se sentir blessés ou humiliés sans que les personnels incriminés aient l'intention de les blesser ou de les humilier. Le comportement de maltraitant s'inscrit alors dans le cadre de la conception que les professionnels se font de l'exercice de leur profession.

Quelques exemples :

- Les soins négligents : il ne s'agit pas d'un abus caractérisé, mais la personne du patient n'est pas prise en compte : on n'y fait pas attention.
- Personnel dépassé ou non disponible : le personnel ne remplit pas sa mission (par manque de temps, épuisement ...).
- Individus cruels et humiliants : l'institution sait qu'une personne a un comportement humiliant au sein d'un établissement, mais elle ne fait rien pour corriger ou sanctionner cette situation.

La maltraitance professionnelle : Elle consiste en une transgression des règles professionnelles par un personnel imbu de sa toute-puissance et s'estimant exempt de toute obligation de rendre des comptes à quiconque.

- Fonctionnement caractérisé par le fait qu'il est le plus souvent collectif : l'habitude d'un regard tiers a été perdue.
- Personnel dans le ressentiment : un personnel peu qualifié et peu rémunéré répercute son ressentiment sur d'autres personnes.
- Personnel opprimé ou tyrannisé : brutalité liée à un personnel ayant le sentiment d'être traité de façon injuste, par exemple par des plannings inéquitables ou des horaires particulièrement difficiles.

La maltraitance dans la sphère domestique : Elle peut prendre la forme d'une violence, d'une négligence ou d'une carence, voire de l'indifférence, laquelle peut être aussi grave. Il y a toujours un point commun : la dissymétrie, exemples :

- entre conjoints : sorte de violence
- entre un parent et un enfant petit ou entre un enfant adulte et son parent âgé

La maltraitance systémique et l'exclusion sociale

- discrimination dans l'accès au logement, emploi
- déni d'accès au droit ou stigmatisation dans les médias

Ce modèle permet d'isoler **les trois traits que l'on retrouve dans tous les cas de maltraitance :**

- une situation de **dissymétrie** : la dissymétrie se traduit par un rapport de force par exemple entre un parent et un enfant, un patient et un médecin
- une situation de **dépendance** : dépendance à quelqu'un pour se nourrir, pour se déplacer...
- une situation d'**abus de pouvoir**

Une maltraitance occultée

Une typologie concrète de tous ces cas de maltraitance est difficile à établir à partir des témoignages des patients dans le champ de la maladie rénale chronique, et ce, pour plusieurs raisons..

Il y a d'abord un problème de vocabulaire. Le terme de « maltraitance » est très lourd et il ne correspond pas à l'idée que se font les patients de la façon dont on les traite. En effet, pour beaucoup de personnes, ce terme ne peut désigner que des violences graves et délibérées. Cependant, comme on le sait, la maltraitance existe à des degrés très variables mais qui chacun mettent à mal le respect et le maintien de la dignité humaine. Ne rien en dire serait un véritable risque à sa banalisation.

Encore trop souvent, les patients ignorent leurs droits et/ou ne s'autorisent pas à signaler un acte de maltraitance dont ils auraient fait l'objet. Parfois même malheureusement, les histoires de vie des patients font qu'ils sont dans l'incapacité d'identifier un acte de maltraitance, par manque de point de comparaison.

Il est aussi très difficile pour les patients de parler de maltraitance, dans la mesure où ils se trouvent en situation de dépendance aux soignants ou à une structure de soins. De ce fait, des actes de maltraitance, qu'ils soient individuels ou plus collectifs, dans un service de dialyse par exemple, sont difficiles à évoquer et encore plus à mettre en question. Une personne maltraitée est alors incapable de parler de ce dont elle souffre. Elle craint d'être abandonnée, voire de faire l'objet de représailles, si elle s'autorise à exprimer ce qui va mal. Plus une personne est fragile et vulnérable, moins elle pourra exprimer ce qui lui arrive et dénoncer les actes de maltraitance qu'elle subit. Et puis, très

souvent, le vécu de maltraitance est minimisé par le patient lui-même car contrebalancé par le sentiment d'être bien traité dans le soin à d'autres moments, par d'autres soignants. De ce fait, le patient préfère ne rien dire afin de ne pas compromettre sa relation avec la structure de soins qui le prend en charge et risquer de perdre l'empathie des médecins et de l'équipe soignante à son égard.

Il est enfin difficile d'identifier avec précision à quel type de catégorie correspond chaque cas de maltraitance puisque les frontières entre les catégories sont parfois poreuses.

L'identification des situations de maltraitance dans les services de Néphrologie-Dialyse

Le point de vue des patients : Que révèle l'enquête anonyme des EGR ?

Sous couvert d'anonymat, les patients ont pu témoigner de situations qu'ils avaient vécues comme maltraitantes. Il apparaît que le terme de « maltraitance » n'est jamais employé comme tel par les patients (essentiellement pour les raisons que nous venons de citer précédemment), même si les situations décrites par plusieurs d'entre eux témoignent du fait qu'ils aient pu en faire l'objet.

Les faits relatés par les patients relèvent pour l'essentiel de maltraitance institutionnelle et professionnelle (maltraitements involontaires) dont voici les plus récurrents :

Il s'agit dans les deux cas d'une maltraitance involontaire. Parmi ces situations, voici les plus fréquentes :

- Mauvaise communication de la part des néphrologues vis à vis des patients. Pour bon nombre de patients, le néphrologue revêt une figure « inaccessible » ou encore de « toute puissance ». Par ailleurs, les patients se plaignent des injonctions moralisatrices qui leurs sont trop souvent faites. Beaucoup de patients considèrent qu'ils sont infantilisés par leur médecin.
- Mauvaise communication entre les médecins eux mêmes, qui se contredisent parfois, même au sein d'un même service, ce qui désoriente et angoisse les patients.
- Maltraitance lors des consultations, lesquelles sont jugées trop courtes par les patients qui estiment que les médecins ne prennent pas suffisamment le temps - ou n'ont pas suffisamment de temps pour - d'écouter le patient.
- Absence de tact et de psychologie de la part des personnels soignants, notamment dans les annonces liées au parcours dans la maladie rénale. Exemple : annonce faite par l'intermédiaire d'un répondeur ou encore utilisation de termes percutants et/ou trop techniques dépourvus de toute pédagogie et de toute humanité.
- Le manque d'information sur des choix possibles délivrée aux patients : ne pas proposer d'autres traitements possibles au patient et lui imposer un traitement, alors que ce n'est pas nécessairement le meilleur ou le plus adapté, ce qui relève aussi de l'abus de pouvoir.
- Abus de pouvoir de la part de certains médecins : exemple d'un médecin qui aurait refusé la greffe à un patient pour remplir son centre de dialyse
- La culpabilisation des patients par les médecins : des patients se font reprocher des attitudes ou des comportements (le fait de poser des questions, en particulier) de manière assez violente, alors qu'ils vivent eux-mêmes une situation particulièrement dure du fait de leur maladie.
- Le manque de temps et d'accompagnement accordé aux patients : on ne prend pas le temps de leur expliquer la maladie, ses conséquences, la façon dont le traitement va se dérouler, ce qui amplifie leur angoisse.
- Le manque de prise en compte de la sévérité de la maladie : les médecins, les employeurs ne font pas preuve de suffisamment de tolérance concernant notamment la fatigue réelle ou les douleurs des personnes atteintes d'une maladie rénale chronique.
- Le manque d'adaptation individuelle à chaque patient : on applique de manière rigide, voire mécanique le traitement ou le protocole, sans prendre en compte les spécificités de chacun.

- Maltraitance verbale envers les patients : agressivité de la part de certains médecins. Exemple de phrases particulièrement violentes : « votre rein finira dans le baquet comme les autres »
- Le manque de prise en compte de l'expérience du patient, de son vécu de la maladie et de sa faculté de se connaître lui-même : les avis du patient (sur quel bras faire la piqûre, quel type d'anesthésie choisir, etc.) pourraient être très utiles et sont pourtant souvent méprisés par le personnel soignant

Le point de vue des participants (professionnels et patients) de la table ronde des EGR

Les participants ont tenté de faire un bilan des différents types de maltraitance à partir de leurs propres expériences en tant que professionnels ou en tant que patients.

Les principaux (et les plus récurrents) actes de maltraitance cités lors des échanges recoupent en grande partie l'expérience de la maltraitance confiée par les patients lors de l'enquête anonyme. Cette convergence des points de vue donne du corps à l'hypothèse de la réalité d'une maltraitance. Elle permet de mieux objectiver certains cas de figure.

- Maltraitance liée à des problèmes communication

Ces problèmes de communication sont à l'origine d'actes de maltraitance, en particulier au moment des annonces. Des paroles sans tact et sans mesure, assimilables à des violences verbales, sont vécues de manière traumatique par le patient.

Les patients ne sont pas suffisamment écoutés par le personnel : de nombreux exemples ont montré que les patients apprennent à se connaître et développent une véritable expertise de leur vécu de la maladie et de leur propre situation médicale. Malgré cela, leurs points de vue ou leurs mises en garde sont pourtant rarement pris en compte par les soignants. Le malade est souvent capable de donner un conseil pertinent au personnel qui le soigne. Exemple : un patient qui préconise un type d'anesthésie particulier, ou un endroit pour faire la piqûre. Ne pas l'écouter, ne pas prendre au sérieux ses indications peut conduire à un comportement maltraitant.

Il existe également un défaut de prise en compte de la souffrance du patient, quand elle n'est pas verbalisée. Cela est dû à un manque d'attention du personnel soignant, et à un déficit de communication.

- Maltraitance liée à des problèmes d'organisation

L'organisation du service peut être source de maltraitance vis à vis du patient.

Les intervenants ont soulevé le problème des horaires : certains médecins sont souvent en retard pour leur consultation et ne s'en excusent pas. En revanche, si un patient est en retard, il ne bénéficie d'aucune souplesse : il doit reprendre rendez-vous, ou voir son temps de dialyse diminué d'autant.

L'organisation du service et du personnel semble parfois prévaloir sur l'intérêt du patient : cela se manifeste par exemple dans la répartition des patients dans les chambres où, dans certains services, on préfère l'utilisation de chambres doubles, même quand une chambre simple est libre, pour avoir moins de ménage à faire.

On refuse à un patient d'être soigné par l'infirmière qu'il connaît bien et avec laquelle il se sent en confiance parce qu'il faut faire tourner les plannings ou parce que « ce ne sont pas les patients qui décident ».

On refuse à un parent de dormir avec son enfant, car l'hôpital fait prévaloir les normes liées aux infections nosocomiales.

La distribution des repas en hospitalisation ne dépend pas des horaires « normaux » de ceux-ci, mais des horaires des soignants et des changements d'équipes...

La mutualisation des services permet une économie de moyens, mais conduit néanmoins à un manque de spécialisation des infirmières, qui ne connaissent pas les spécificités des services de néphrologie, ni des patients qui y sont traités.

Il y a également des problèmes de délais : trop souvent, les patients doivent attendre très longtemps pour obtenir les résultats de leurs examens, ce qui génère un stress supplémentaire.

Il faut aussi parfois attendre très longtemps pour obtenir une consultation. Par exemple, dans une structure qui s'estime privilégiée, on ne dispose que de 4 psychologues à mi-temps pour 430 patients et il faut près de 3 mois pour obtenir un rendez-vous.

- **Maltraitance liée à un manque de personnalisation**

Il reste primordial que la démarche de soins tienne compte et s'ajuste à ce qui fait la singularité de chaque patient (sa personnalité, des difficultés particulières comme un problème d'illettrisme, un trouble cognitif, des difficultés sociales, un problème de langue, etc.). Pour cela, il faut faire lien avec le patient et communiquer avec lui, être attentif à ce qu'il tente de nous dire avec tant de difficultés parfois. Par exemple, un patient confie dans l'enquête avoir été renvoyé d'un centre parce qu'il était en conflit avec une infirmière. Cependant, est-ce qu'un patient ne peut accéder aux soins qu'à la condition qu'il soit « docile » et « complaisant » ? Est-ce que le seul recours à une difficulté relationnelle soignant/soigné est de « lâcher » le patient ? Il est important, lorsque le lien soignant/soigné devient difficile, de prendre le temps de s'interroger d'une part sur ce que le patient vit mal et exprime au travers de sa difficulté à faire lien avec le soignant voire de rentrer en conflit avec lui. D'autre part, il est important que le soignant s'interroge sur ce que qui se passe en lui et qu'il ne parvienne pas à dépasser, mais aussi qu'il puisse réfléchir avec l'ensemble de l'équipe à une stratégie, un repositionnement dans la relation de soins qui permette de désamorcer le conflit mais qui permette aussi, voire surtout, la poursuite du soin.

Les intervenants ont également remarqué que les médecins et le personnel soignant en général, face à la chronicité et le phénomène d'usure qu'elle provoque, pouvaient être moins attentifs à l'égard des personnes malades au fil du temps. Cette banalisation de leur maladie peut être très mal vécue par les patients.

- **enfin des cas de maltraitance liés à des formes d'abus de pouvoir :**

Il s'agit de situations où le personnel soignant fait preuve d'un comportement critiquable.

Par exemple, le fait de ne pas informer un patient sur la greffe, quelle qu'en soit la raison, le fait d'être désagréable avec les patients (ne pas dire bonjour, ordonner sans expliquer, etc.), le fait d'appliquer des mesures de rétorsion (par exemple décider que le patient sera branché en dernier pour sa séance de dialyse).

Les solutions proposées pour parvenir à de la « bientraitance »

S'il est possible pour un individu de prendre conscience et de corriger sa conduite maltraitante, les maltraitances évoquées se situent ou s'éprouvent dans le cadre de services (hospitaliers, cliniques), au sein de groupes de personnes.

Développer des conduites « bientraitantes » suppose donc d'afficher cet objectif dans le service (cadre infirmier, chef de service ...) et d'impliquer les personnels concernées. Ce sont des conduites à (re)construire collectivement.

Quelques autres préalables à la « Bientraitance »

- Accepter de reconnaître l'existence de maltraitances et apprendre à les repérer, mais ne pas les personnaliser.

- Lorsque la maltraitance survient et que l'on en est le témoin ou qu'une suspicion de maltraitance est recueillie, le silence n'est pas la solution, la transmission de l'information est indispensable. La première étape est bien sûr de tenter le dialogue sur le moment avec les personnes concernées. Si cela n'aboutit pas, l'information peut être remontée notamment et dans l'ordre : à l'encadrement du service, à la Direction des soins et à la Commission de relations avec les usagers de l'hôpital (CRUQ) ainsi qu'à la Direction de l'hôpital ; et si la situation ne trouve pas d'issue en interne dans l'établissement concerné, l'alerte peut être transmise à des interlocuteurs externes : courrier à l'Agence Régionale de Santé ou au Défenseur des Droits, appel au Numéro National 39 77 (pour les situations de maltraitance envers les personnes âgées ou handicapées) ou au 119 (Numéro National pour les situations impliquant des mineurs).
- Nous sommes tous enclins (patients et soignants), à être traversés par des mouvements agressifs. Il est important de reconnaître, d'accueillir ces émotions négatives lorsqu'elles nous envahissent et de tenter d'en repérer l'origine (difficultés professionnelles, familiales, de santé par exemple) et surtout s'autoriser à en dire quelque chose, en parler avec ceux qui pourront l'entendre, le supporter et ne pas porter de jugement.
- Ne pas perdre de vue que l'objectif des établissements de soins est de produire des soins, pas de faire des économies :
 - o Prendre soin des soignants pour prendre soin des patients : repérer les organisations délétères et maltraitantes et y apporter les corrections adéquates (problèmes d'organisation du temps, remplacement du personnel par du personnel non formé...)
 - o Organiser les services pour et autour des malades et pas pour remplir les indicateurs de l'institution (par exemple, les heures supplémentaires sont vues comme un dysfonctionnement par les administrations hospitalières)

Sur la communication : améliorer le dialogue et la relation soigné / soignant

Tout d'abord l'accent a été mis sur le besoin de favoriser une meilleure communication entre les médecins et les patients : prendre le temps d'expliquer la maladie, le traitement, rassurer si nécessaire.

- **Savoir écouter les malades**
 - o former les soignants à la relation soigné/soignant, à la communication avec les patients, à l'écoute active, à l'empathie, et à la bientraitance. Ré-humaniser la relation soignant/soigné
 - o Privilégier des écoutes plurielles, mettre en place des groupes de paroles entre professionnels et patients, qui peuvent aider à prendre conscience des situations de maltraitances et des moyens de les prévenir.
 - o Proposer une plaquette ou une vidéo sur les pratiques bientraitantes, à diffuser aux nouveaux personnels arrivants dans les services de NDT ; ces documents pourraient être réalisés sous l'égide de la HAS
- Favoriser l'accès des malades aux sites web spécialisés dans le domaine des maladies rénales, de la dialyse, tels que Renaloo, permettant la diffusion d'informations et qui peuvent servir d'outil de communication
- Organiser des supervisions pour les soignants, individuelles ou en groupe de parole, sur leur temps de travail, avec des personnes extérieures au service
- Organiser des réunions avec toute l'équipe : psychologues, infirmières, aide-soignants, ASH, médecins,... afin d'avoir une vision globale du patient.

Sur la personnalisation

- **Faire confiance au malade**, et notamment à son expérience, sa capacité à se connaître lui-même et à donner des conseils pertinents **afin qu'il fasse confiance aux soignants** (alliance thérapeutique)
- **Former les malades** afin de leur donner des armes pour diminuer l'asymétrie de la relation médecin/malade, soignant/soigné mais aussi pour l'aider non pas à accepter sa maladie mais à la vivre mieux ; le malade doit pouvoir s'approprier SON médecin, SA maladie, SA machine, SON traitement...
- **Prendre en compte le choix du patient**, notamment quand les médecins ne sont pas d'accord sur le traitement envisagé. Il est important que les médecins se concertent afin d'unifier leurs discours faits aux patients.
- Veiller au respect des principes de la décision partagée et du choix libre et éclairé.
- Noter, dans des fiches partagées entre les différents professionnels, les spécificités relatives à chaque patient.
- Prendre en compte les angoisses spécifiques des malades, par exemple de ceux qui ont vu plusieurs membres de leur famille mourir en dialyse

Sur l'organisation

- **Embaucher** : notamment des psychologues et des assistantes sociales qui ne sont pas suffisamment nombreuses ; établir des normes par nombre de patients traités, comme pour les médecins et les infirmières
- **Prendre le temps** : pour informer, expliquer, rassurer, montrer les différents traitements possibles
- Garantir l'accès de tous les patients à l'éducation thérapeutique et son financement
- Former les infirmières sur les spécificités de la dialyse et faire reconnaître ce temps de formation par les textes, avec les crédits qui vont avec
- Veiller à ce que l'intérêt des patients soit prioritaire dans l'organisation du service
- Réfléchir sur les difficultés liées aux délais d'attente des transporteurs : prévoir une évaluation par la HAS...

Innover

- Faire de la bientraitance une priorité des services, mettre en place des critères d'évaluation pour tenter de prévenir et de repérer la maltraitance.
- Mettre en place des jeux de rôles impliquant soignés et soignant, en inversant les rôles, pour que le personnel se rende compte de son comportement et puisse s'améliorer.
- Favoriser le recours aux associations de patients et leur ouvrir la porte des services : pour qu'ils se sentent soutenus en cas de problème, qu'ils soient au courant de leurs droits, de ce qu'est un acte de maltraitance, pour être armés et mieux équilibrer la situation de dissymétrie.
- Faire un film destiné à présenter le service à un nouveau personnel soignant, ou également à un nouveau patient (afin qu'il ait un aperçu des différents traitements possibles par exemple).
- Mettre en place des groupes de travail au sein desquels peuvent être évoquées les petites choses améliorables de façon simple dans les centres de dialyse : parking, salle d'attente, wifi...
- Favoriser des projets afin de créer une relation plus conviviale entre patients et soignants :
 - o anniversaires, crêpes, galette des rois : c'est positif pour les équipes et cela se répercute dans la manière de soigner.
 - o Par exemple création commune d'un livret destiné aux enfants des personnes dialysées
- Evaluer les pratiques car cela permet de les objectiver et de les améliorer.

- Avoir des projets communs entre le personnel et le patient : par exemple la création d'un livre pour les enfants de dialysés, fait par toute l'équipe ou faire un film destiné à présenter le service à un nouveau personnel soignant, ou pour le patient également (afin qu'il ait un aperçu des différents traitements possibles par exemple).

Conclusion

Commencée sur des questionnements concernant la définition et l'existence même de la maltraitance, en cherchant à objectiver un ensemble de comportements qui se dérobaient au regard, la journée s'est terminée en ayant bel et bien identifié des faits et des situations avérés de maltraitance, dont certains sont communs au monde du soin en général mais dont d'autres sont assez spécifiques aux maladies rénales, liés à la chronicité et à la répétitivité des rencontres entre patients et soignants. Des pistes ont été mises à jour pour les prévenir, les réduire, voire les supprimer.

Une chose est sûre : il ne faut pas avoir peur du terme de maltraitance, qui a pu au départ offusquer certains par sa charge négative.

Reconnaître et identifier des actes de maltraitance est le chemin le plus court et le plus efficace pour emprunter celui de la bientraitance.