

# La « bientraitance » : un nouveau système pour être en relation “Well Treating”: a new way to build relationships

**Margherita Merucci** (Université Catholique de Lyon / mmerucciliberto@univ-catholyon.fr)

To well-treat a disable child in a day care center we have to consider him with his family bonds, and we need to meet and to welcome him jointly with his family. Well-treating disables children means to support them with full respect of their family culture, and it also means to take decisions about their health care in a partnership with their parents. Attachment theory principles direct professional thoughts and professional actions and help staff to better appreciate children well-being. They also help professionals to think their presence next to them and their families.

**Key-words:** well-treating- Disability- Family-Day care center-attachment

abstract

© Pensa MultiMedia Editore srl  
ISSN 2282-5061 (in press)  
ISSN 2282-6041 (on line)

1. Riflessione teorica 71

Le respect de la personne et de son histoire, de sa dignité, de sa singularité, la manière d'être des professionnels au-delà d'une série d'actes, la valorisation de l'expression des usagers sont des principes qui sont censés orienter l'intervention des professionnels, mais ils mettent aussi en évidence la complexité et la difficulté de la pratique professionnelle quand on essaye de les décliner dans la réalité quotidienne.

Dans cet article nous souhaitons proposer une réflexion autour des pratiques de bientraitance dans de situations de handicap. Si le contexte de référence qui est présenté dans ces pages est celui de l'accueil en institution, les questions soulevées et les considérations qui en découlent sont, à notre avis, communes à d'autres lieux d'accueil.

Tous les professionnels travaillant en institution ont pris connaissance des préconisations de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (A.N.E.S.M, 2008). Ce texte invite les professionnels à faire du questionnement permanent le centre de toute démarche qui doit orienter leur travail et cela dans le but de s'adapter continuellement à une situation donnée qui, elle-même, évolue dans le temps. Cela devient d'autant plus important et pressant là où la personne accueillie ne peut pas s'exprimer verbalement et ne peut pas manifester par elle-même ses désirs ou sa volonté à cause de son handicap. Comment prendre en compte les besoins des enfants, ceux des parents et ceux des professionnels au quotidien ?

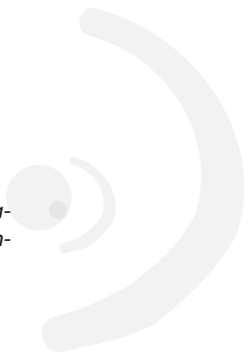
Cette article veut proposer une réflexion sur la bientraitance à partir d'une situation d'intervention « extrême » car elle échappe en grande partie au langage et souvent confronte le professionnel (mais aussi la famille) à la satisfaction des besoins les plus archaïques et fondamentaux.

En particulier après avoir introduit le concept de « bientraitance » nous vous présenterons le contexte institutionnel d'intervention et les personnes accueillies, pour nous arrêter ensuite sur le concept de bien-être des enfants, des familles et des professionnels. Ce concept est ensuite articulé avec celui de culture, à la lumière des éclairages amenés par la théorie de l'attachement.

## 1. La Bientraitance

Comment construire une logique d'aide dans des situations où les sujets sont privés d'autonomie parce que leur handicap les place dans une situation de grande dépendance pour l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne ? Comment les respecter dans leur qualité et leur dignité de sujets singuliers avec une histoire (dont parfois ils ne sont pas conscients, du moins pas dans le sens que nous « les valides » donnons à ce terme) ? Le sujet est extrêmement vaste et pour l'introduire nous citerons deux définitions de la bientraitance tirées de l'A.N.E.S.M.(2008)

*« ...la bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance... » (ibid., p. 14) et,*



« ....Parce que la bientraitance est l'interprétation concrète et momentanée d'une série d'exigences, elle se définit dans le croisement et la rencontre des perspectives de toutes les parties en présence..... » (ibid., p. 14).

Ces deux définitions mettent en évidence

- *La notion de culture* : un espace-temps-langage qui dérive d'une co-construction des apports de l'individu et de la société. La brève histoire que je vous présenterai du débat qui a animé notre petite institution veut bien être un exemple des modifications culturelles. Le regard que la société porte sur le handicap a changé. S'il y a toujours des facteurs personnels d'origine organique ou psychique (des aptitudes, des capacités et des incapacités) c'est dans l'interaction avec les facteurs environnementaux (promoteurs ou obstacles) que se réalisent les habitudes de vie qui favorisent ou empêchent la participation sociale de l'individu et qui déterminent son bien-être.
- *La notion de bien être* : cette notion se construit à partir des besoins de la personne accueillie, dans notre cas l'enfant ainsi que sa famille, car il ne faut pas oublier qu'un enfant seul n'existe pas.
- *La notion d'exigence* : on a parlé longtemps de « prise en charge », aujourd'hui on parle beaucoup de « prise en compte ». A ces deux termes je préfère le terme d'« accompagnement », car « accompagner » signifie écouter les besoins et les désirs, les recevoir et construire ensemble des objectifs réalisables (en identifiant les limitations et les difficultés ainsi que les alternatives possibles).

73

## 2. L'institution

Dans l'institution (un Institut d'Education Motrice) sont accueillis en journée 36 enfants de 3 à 14 ans environ, du lundi au vendredi. Un petit internat en semaine avec une capacité d'accueil de 8 places y est associé, ainsi que deux classes sous la direction de l'Education Nationale. Tous les enfants présentent une déficience motrice qui peut être due à des souffrances périnatales, à des syndromes génétiques (évolutifs ou non), à des traumatismes crâniens ou encore avoir une étiologie inconnue.

Les enfants nous sont adressés par la MDPH<sup>1</sup> : le critère pour orienter dans notre structure est d'abord la présence du handicap moteur<sup>2</sup>.

Au moment de sa création et pendant plusieurs années la structure a accueilli des enfants IMC (Infirmité Motrice Cérébrale). Au niveau institutionnel un premier effort d'ouverture a été effectué lors de l'accueil des enfants polyhandicapés (déficience motrice associée à déficience mentale sévère ou profonde). Un important débat a eu lieu au sein de la structure. Ces enfants en effet ne ré-

1 Depuis peu la Maison Des Personnes Handicapées a été rebaptisé Maison des autonomies

2 La structure a été créé par un groupe de parents réunis en association et elle accueillait à l'origine que des enfants Infirmes Moteurs Cérébraux

pondaient pas aux sollicitations et aux exigences d'une ré-éducation de type fonctionnelle, ni aux exigences centrées sur les apprentissages cognitifs. Ils dérangeaient ou paraissaient inadaptés. En apparence ils ne relevaient pas du médical ou du pédagogique (scolaire).

Toutefois l'institution propose aussi une dimension éducative et ces enfants inadaptés, déficients, et handicapés mentaux restent éducatibles quels qu'ils soient. Un premier débat qui répondait à la tentation de vouloir les confiner dans une seule unité a amené à la prise de décision de ne pas les isoler. En nous appuyant sur les travaux de E. Zucman (1998) nous avons choisi de suivre la différenciation des étapes de la vie et nous avons donc conservé une répartition par groupe d'âge qui permet aux enfants de suivre une évolution indispensable à tout être humain.

Toutefois la pathologie des personnes accueillies devient de plus en plus complexe. En particulier aujourd'hui nous accueillons des enfants IMC, des enfants avec des syndromes cérébelleux, des syndromes génétiques mitochondriaux, des spina-bifida, des dystrophies musculaires (myopathies de Duchenne, et de Steiner etc.) ainsi que des enfants avec des maladies orphelines, et des traumatisés crâniens. Nous accueillons aussi un certain nombre d'enfants pour lesquels aucun diagnostic n'a été posé et dont l'étiologie de la pathologie motrice, cognitive et comportementale reste inconnue pour le moment.

Pour certains enfants la situation se complique ultérieurement car ils présentent des troubles envahissants du comportement ou des comportements autistiques qui se greffent sur le handicap moteur.

Nous nous apercevons très vite que le problème moteur n'est pas la pathologie dominante, et que la partie cachée de l'iceberg est bien plus importante que la partie émergente. Cependant une fois que la « prise en compte » du handicap moteur est définie, et la question des installations réglée, les troubles du comportement, non diagnostiqués auparavant, envahissent la scène. Le nouveau diagnostic engendre une crise au niveau familial et institutionnel ainsi que la nécessité d'une nouvelle réorganisation du système familial et de la prise en charge institutionnelle. Nous sommes là exposés à un premier risque de maltraitance : « *le croisement et la rencontre des perspectives de toutes les parties en présence* » (A.N.E.S.M., 2008, p.14) risque d'aboutir à une confrontation, à un entrecroc de perspectives inconciliables. Les convergences sont difficiles à trouver : le travail de construction d'un objectif commun entre ce qui est souhaité, ce qui est nécessaire et ce qui est réalisable entre les différentes parties nécessite du temps.

Ce petit groupe d'enfants est difficile au contact, et interagir avec eux s'avère difficile. Ils représentent un véritable défi dans leur attitude de mise à distance de toute personne. Ils présentent tous un déficit au niveau moteur. Certains déambulent et ils peuvent se déplacer de façon autonome et sans appui seulement pour des courtes distances. D'autres ont besoin de recourir à des cadres de marche pour leurs déplacements et d'autres encore sont en fauteuil manuel. Tous ont des problèmes au niveau de la motricité fine ou ils présentent d'importants troubles dyspraxiques.

## 3. Vignettes cliniques : le temps de l'accueil et le temps du repas

### 3.1 Le temps de l'accueil

Nous sommes une structure d'accueil qui succède souvent à l'accompagnement proposé par le C.A.M.S.P. L'orientation dans notre structure (que les parents choisissent parmi une liste de propositions qui leur est signifiée par La M.D.P.H.) se fait pour certains directement après le C.A.M.P.S., pour d'autres après un passage à l'école maternelle. La tentative d'intégration échouée, c'est avec beaucoup de souffrance que les parents acceptent l'institution spécialisée.

Passer la porte de l'institut signifie entrer dans un monde parallèle. Si au départ il y a pour certains parents l'espoir de réintégrer le monde des valides (une fois que l'enfant aura appris à marcher, à parler.....), le parcours est jalonné de deuils successifs. Pour cet enfant la discrimination du « oui » et du « non » prend du temps à s'installer. Comment espérer une prise de parole ? L'hypotonie ou la raideur excessive ne s'améliorent pas pour cet autre : les parents espèreraient la marche, mais l'équipe leur propose un fauteuil manuel d'abord, électrique pour certains par la suite. La déglutition est problématique, l'équipe propose des repas mastiqués ou moulinsés. Toutefois à la maison cet enfant mange en petits morceaux, pourquoi ne pourrait-il faire de même à l'institution ? Cette « régression » imposée est difficile à comprendre pour la famille.

Pour les parents ce qui semblait au départ un oasis après le désert risque, s'ils ne sont pas suffisamment accompagnés, de devenir petit à petit un cauchemar, un lieu persécuteur qui leur rappelle l'inévitable dépendance à vie du handicap.

Un moment de passage clé qui illustre bien une première avancée dans la prise de conscience de la sortie de la logique médicale de la guérison et l'entrée dans ce monde parallèle, c'est justement le passage de la poussette au fauteuil manuel. Les enfants qui arrivent à l'âge de 4/5 ans et qui ne déambulent pas arrivent en poussette : au niveau sociétal c'est encore un enfant valide qu'on promène. A la violence de l'entrée en institution suit la violence de l'imposition d'une installation différente, visible et marquante à jamais. Toutefois ce passage est nécessaire et il contribue au bien-être physique de l'enfant. Non plus recroquevillé de façon informe dans une poussette, il peut tenir droit, mieux orienter son regard, être à une hauteur différente, mieux contrôler son geste, être plus contenu dans son tonus. Pourquoi donc tant de difficultés ? Le fauteuil manuel devient le passeport pour un pays où on ne veut pas voyager, mais où on est obligé de vivre. Même au niveau sociétal il signifie le handicap et la différence dans sa totalité : le logo pour le handicap étant de partout un fauteuil roulant. La mise en place du fauteuil manuel c'est la preuve, si encore il en faudrait une, que le confort physique ne suffit pas à déterminer le bien-être de la personne.

Qu'en est-il de la bienveillance dans cette situation ?

Au niveau institutionnel les positions se polarisent. Le gain objectif au niveau de la posture, ne peut pas être le seul critère, mais comment accompagner les parents et l'enfant à apprivoiser le nouveau regard qu'ils sont obligés à poser sur eux-mêmes ? Certes les appareillages sont indispensables, ils sont nécessaires

mais pas suffisants. L'angoisse des parents, leur anxiété, les difficiles rationalisations (« c'est pour son bien ») se répercutent sur l'enfant qui très sensible au climat de l'environnement, s'imprègne des émotions d'autrui comme une éponge s'imprègne d'eau. Quels sont les besoins de l'un et de l'autre ? Comment faire quand la satisfaction du besoin de l'un, devient violence pour l'autre ? Comment prendre en compte le vécu subjectif de chacun ?

Ce qui est vécu comme une violence fait que nous, les professionnels, nous nous sentons maltraités : la colère explose et elle se déplace. Les critiques tombent. Aujourd'hui l'enfant à son retour à la maison avait une manche légèrement mouillée : « comment cela se fait que vous ne l'avez pas changé avant de le mettre dans le taxi ? .....Hier les lacets de ses chaussures étaient trop serrés et il avait une légère marque rouge sur la cheville..... » Ce sont toutes des reproches qui obligent les professionnels à se dire et à penser que, s'ils ne sont pas véritablement maltraitants vis-à-vis de l'enfant, ils ne sont pas bien traitants non-plus. Impossible pour les professionnels de ne pas se sentir maltraités à leur tour.

Dans ce contexte la définition proposée par l'A.N.E.S.M. (2008) prend tout son sens : « *la bientraitance est l'interprétation concrète et momentanée d'une série d'exigences, elle se définit dans le croisement et la rencontre des perspectives de toutes les parties en présence* » (p. 14).

Des exigences concrètes et momentanées se croisent, la situation se fait plus complexe avec la « mise en présence » des vécus et des objectifs de chacun. La nécessité de mettre en perspective le temps présent, de sortir de l'ici et maintenant pour le relier à un avant et à un après, devient l'enjeu prioritaire. Dans tout cela il devient primordial, tout en garantissant des prestations spécifiques et de qualité, de sortir de la dictature de la prestation pour ne pas perdre de vue la globalité des sujets (de l'enfant en premier lieu, de ses parents et du système familial<sup>3</sup> dans sa complexité) et de lui fournir un accompagnement où l'ensemble des personnes est relié par un sens commun.

Chaque situation a ses propres temps : à cette famille il faudra un mois ou deux de plus pour « accepter » tel ou tel autre appareillage, ou pour comprendre pourquoi une « prestation » (la mise en place d'un suivi en ergothérapie par exemple) lui est refusée. A l'équipe il faudra du temps avant d'accéder à la demande pressante de la famille pour qu'un suivi en kinésithérapie soit assuré, même si on ne voit pas la nécessité et qu'il y a d'autres priorités, etc.

C'est dans la souplesse et le dialogue que le compromis se met en place : c'est une nouvelle culture qui se construit, tant au niveau individuel qu'au niveau familial, institutionnel ou sociétal.

### 3.2 Le temps du repas

Un autre exemple de difficulté de « bien traiter » les enfants, les professionnels et par conséquence leurs familles c'est le temps très délicat du repas dans l'institution. Ce temps agit comme révélateur de la difficulté d'harmoniser les « ac-

3 Quand nous parlons de famille ou de système familial nous prenons comme référence les théories systémiques auxquelles nous renvoyons le lecteur.

tions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service » (A.N.E.S.M., 2008, p.14). Le risque de devenir maltraitant n'est pas si loin. Les parties en présence sont habitées par des perspectives totalement différentes, les professionnels peuvent être sous-tension et la personne handicapée peut se retrouver en situation de grande vulnérabilité.

Les repas pour l'enfant devraient être un moment important, qui lui permet de se rassurer, de faire une pause après une matinée où l'attention a été beaucoup sollicitée, d'entrer en contact avec les autres et de recevoir du « bon »<sup>4</sup> dans une ambiance conviviale et sereine.

Pour les professionnels il représente une partie importante de leur travail : éducation à l'autonomie (manger seul), éducation à la collectivité (attendre, harmoniser le rythme individuel au rythme collectif) expérimentation de la nouveauté (éducation au goût).

Pour les familles bien qu'absentes à ce moment-là, il représente l'attache avec ce que de plus vital l'établissement peut fournir à leurs enfants (« a-t-il mangé ? quoi ? comment ? combien ? etc. »).

Toutefois pour beaucoup d'enfants ce temps est loin d'être un moment de plaisir. Le risque de fausses routes rend la prise d'aliments angoissante. Le bruit, même relatif de la salle, les excite et les énerve. Devoir partager un adulte avec un autre enfant peut être intolérable. Et puis il y a les modalités de présentation de la nourriture. A la maison il mange en morceaux, mais dans l'établissement pour lui tout est mixé. La prise de risque est trop importante : le verdict médical est sans appel et sans choix (pour l'enfant, pour la famille et pour les équipes) il faut s'y plier. Mais les aliments n'ont pas de goût, l'assiette n'est pas belle à voir. Et puis il y a les régimes : cet enfant est obèse : son poids porte préjudice à sa santé et le limite en l'handicapant encore plus dans le peu de mouvements qu'il pourrait accomplir. Patrick, Fred sont tellement gros qu'ils n'arrivent plus à aller seuls aux toilettes, et pourtant ils pourraient bien le faire. Leur possibilité d'autonomie est compromise. Là aussi l'avis médical est clair. La famille de Patrick se rebelle : pourquoi priver l'enfant des satisfactions qu'il peut avoir ? De retour à la maison il s'empiffre : chips, coca, Nutella. A quoi bon ne pas le resservir à midi au sein de l'institution? Autour de l'assiette de Patrick ou de Fred le conflit s'installe, les mots volent et les accusations avec.

Comment « bien traiter » l'enfant, sa famille, les professionnels qui s'occupent de lui au quotidien? Dans le cas spécifique on fera appel au médecin nutritionniste qui suit la famille de Patrick en consultation à l'hôpital. En qualité de tiers extérieur et personne de confiance de la famille, il prendra la responsabilité du suivi nutritionnel de Patrick. Au niveau institutionnel le conflit se déplacera ailleurs. Un groupe de réflexion sur les repas est mis en place, des intervenants extérieurs (y compris le médecin de la nutrition de Patrick) interviendront pour des formations « intra », un temps de repas aménagé pour ceux qui ont plus de difficultés, qui supportent mal le bruit etc. est organisé. Le souci de traiter au

4 Il est important d'essayer de préciser ce que nous entendons par « bon ». En effet non seulement la nourriture devrait être « bonne », avoir bon goût, sentir « bon », faire du bien. Mais le moment passé à table devrait être un « bon » moment, convivial et en relation avec les autres.... Le corps et l'esprit devraient se nourrir ensemble.....

mieux tous les individus faisant partie de ce système extrêmement complexe est présent : l'enfant vulnérable est au centre d'un réseau et d'un système d'interactions qu'il faut soigner dans les détails. Il faut tirer des leçons de la crise, mettre en œuvre une réflexion pour la comprendre et la dépasser, tout en sachant que d'autres situations viendront nous solliciter autrement.

La culture institutionnelle que nous pouvons véritablement créer c'est cette capacité de se remettre en question de façon globale, en « co-construisant »<sup>5</sup> notre réalité de travail et de vie à partir des apports des uns et des autres (des professionnels, des familles, des enfants, et de la société) afin de co-crée une réalité où il est bon de vivre et de travailler.

## 4. La place de l'attachement

Comment évaluer parmi tout cela le bien-être des enfants ?

Comme pour tous les êtres humains, les besoins fondamentaux des enfants que nous accueillons s'articulent autour des plusieurs pôles, mais c'est sur un besoin fondamental et parfois négligé que nous voulons attirer l'attention. Nous nous référons au besoin d'attachement. Pour cela, nous tenons à rappeler qu'en psychologie du développement l'attachement est considéré comme un système de régulation de la peur (et des émotions négatives qui en sont à l'origine) (Bowlby, 1969 ;Cupa, 2000 ; Miljkovith, 2001 ; Guedeney N & Guedeney A.,2002 ; Pierrehumbert, 2003)

78

Pour la théorie des systèmes, chaque système a un but, une motivation et cette motivation est prédéfinie pour tous les membres du système et dans ce cas précis de l'attachement c'est la recherche de la proximité. Le système d'attachement a donc comme objectif de garder la proximité du bébé en fonctions de ses besoins avec la figure d'attachement. Un enfant a besoin avant tout de se sentir en sécurité. Il y a bien sûr des figures d'attachement primaires, principales (la mère dans la première année de vie en général), mais il y a aussi des figures d'attachement secondaires que l'enfant appelle au secours lorsqu'il ne se sent pas en sécurité.

Nous pensons qu'une vigilance extrême doit être exercée afin de préserver ce lien : le parent et la mère en premier lieu si c'est elle la figure d'attachement primaire doit être mis en condition de bien exercer ce rôle afin d'aider l'enfant à construire au maximum un sens de sécurité interne.

Les comportements qu'un individu met en place sont les moyens qu'il se donne pour atteindre un objectif, et ces comportements deviennent de plus en plus mentalisés au fur et à mesure que l'enfant se développe, jusqu'à mettre en place un système de représentations, là où il lui suffit de penser la proximité avec la figure d'attachement pour se sentir rassuré. L'enfant a besoin de créer des liens d'attachement et de s'accrocher à sa figure d'attachement lorsque la peur et les

5 Le terme de « co-construction » renvoie aux théories systémiques indiquant les modalités mises en places par tous les intervenants dans une situation spécifique pour crée ensemble une nouvelle représentation de la réalité et un nouveau système.



émotions négatives l'envahissent. Devenir figure d'attachement signifie accepter son rôle de donneur de soin (le *care-giver* des anglais) qui conforte, protège, s'amuse avec, surveille, et organise les mondes émotionnels de l'enfant, pour lui permettre, une fois rassuré, de désactiver le système d'attachement et d'activer le système d'exploration du monde. Il ne peut pas y avoir ouverture au monde si on n'a pas un système d'attachement suffisamment organisé et sécurisé. Le processus d'attachement a donc une fonction essentiellement adaptative. Pouvons-nous dans notre qualité d'intervenants supporter que des liens si forts se créent ?

Patrick est un jeune de 11 ans. Très tyrannique à la maison, jusqu'à s'imposer encore dans la chambre de ses parents, il s'est longtemps révélé très timide et inhibé dans un contexte social. Le père évite de mettre les pieds dans l'institution (des rencontres sont programmées, mais il y a toujours des empêchements de dernière minute qui le retiennent), la mère a préféré les contacts virtuels sur internet à des rencontres réelles, tout en rassurant l'équipe éducative de sa confiance.

Dans nos séances de travail un lien s'est créé avec cet enfant, quand je suis dans l'institution je sens son regard me suivre, avec un sourire à peine esquissé il répond à mes mots, ou à mon sourire de loin. De façon discrète il ne me lâche pas des yeux : le besoin d'être réconforté par ma proximité, contribue à sa sécurité et lui permet d'explorer ailleurs. Comment évoquer cela et comment le travailler avec ses parents injoignables afin de créer une perspective commune ? Le chemin est long et parsemé d'embûches : arriver à une entente sur ce qui est souhaitable, sur ce qui est nécessaire et sur ce qui est réalisable se révèle un travail de lâcher-prise long et délicat.

Nous estimons que la notion de bien-être des enfants est inséparable de la notion d'attachement. Il faut toujours être vigilant à que ce lien soit préservé, que d'autres liens d'attachement de plus en plus sécurisés puissent se mettre en place. Un enfant sécurisé c'est un enfant qui s'ouvre au monde, une institution attentive à ce type de fonctionnement c'est une institution respectueuse où les erreurs sont toujours possibles, mais aussi toujours réparables et exploitables pour une progression commune.

## 5. Conclusion

Pour conclure, nous croyons que le terme de « bienveillance » (qui est un terme de création récente dans la langue française), ne doit pas être défini comme étant le contraire de « maltraitance ». S'il est facile de les associer, ils ne sont pas vraiment opposables. « Traiter bien » ou « bien traiter » fait référence à un ensemble d'attitudes, de paroles, de comportements qui aident à grandir. C'est à l'adulte que revient la responsabilité de créer les conditions qui aident un enfant à évoluer, qui lui permettent de se développer. Lorsqu'un enfant est confié à une institution ce travail c'est l'œuvre d'une équipe et sa réalisation est longue et jamais achevée. Il s'agit en effet de s'ajuster à l'enfant et à sa famille avec l'enfant et sa famille. Il s'agit de lutter contre tout ce qui peut faire discontinuité et rupture. L'enfant qui n'a pas la possibilité d'anticiper est dans une condition de stress et d'insécurité, mais une fois sécurisé il peut devenir acteur. Tout doit être pris en compte : la proximité corporelle, le rythme adapté, la ritualisation néces-

saire à la construction des séquences d'actions et au repérage dans le temps, la qualité du geste qui va être proposé, la prise de parole.

L'environnement doit être organisé pour réunir les conditions de base pour garantir son bien-être. La bientraitance est surtout et avant tout une question de relation, d'interaction entre les différents intervenants (famille et professionnels) dans la co-construction d'un système suffisamment stable pour garantir la continuité et suffisamment souple pour permettre l'évolution.

La bientraitance s'incarne, elle ne s'applique pas : elle se vit dans le temps.

## Bibliographie

- Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ANESM). (2008). *La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre*. En ligne <http://www.anesm.santé.gouv.fr>
- Bowlby J. (2002). *Attachement et perte* (J. Kalmanovitch, Tr) Paris : Presses Universitaires de France (Œuvre originale publiée en 1969)
- Cupa D. (Ed) (2000). *L'attachement*. Paris : Editions E.D.K.
- Elkaim M. (Ed.) (1995). *Panorama des thérapies familiales*. Editions du Seuil.
- Guedeney N., Guedeney A. (2002). *L'attachement, concepts et applications*. Paris : Masson.
- Miljkovitch R. (2001). *L'attachement au cours de la vie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Pierrehumbert B. (2003). *Le premier lien*. Paris : Odile Jacob.
- Zucman E. (1998). *Accompagner les personnes polyhandicapées, réflexions autour des apports d'un groupe d'étude du CTNRHI*. Paris.