

Atelier bénévole/soignant

Mercredi 12 novembre

De façon générale : les relations avec les soignants sont-elles toujours confidentielles ?

Cahier de liaison : certains ne sont pas confidentiels et restent visibles par les soignants. Cela a une incidence sur ce qu'on y écrit. Il peut y avoir des cahiers de liaison uniquement pour les bénévoles : qu'y mettre ? En général, on peut mettre ce qu'on a vu, c'est une aide pour les autres, donnant état de santé et qq « trucs » qui aident à la relation. Dans certains cas, les soignants peuvent y accéder mais certains n'y vont jamais..

La non-bienveillance. Souvent vécu dans les hôpitaux : qq appelle et la réponse tarde. Quelle est notre attitude/cette attente, cette non-réponse ? L'idée serait : ce n'est pas à nous à nous substituer aux soignants. Par exemple, aller chercher un verre d'eau peut être lourd de conséquence. Ce n'est pas le rôle, la mission du bénévole.

Jusqu'où je vais, jusqu'où je ne vais pas ? Assistons-nous ou pas aux staffs ? Certains y vont d'autres pas. Question : avoir des infos médicales, c'est une aide ? Cela perturbe ou pas notre attitude/personne à accompagner. Avoir des infos est souvent troublant ; cela peut faire « écran ».

Un secret confié peut être validant (c'est positif et noue une relation avec la personne) ou invalidant (et alors, qu'en fait-on ?). Proposition de réponse : aller voir son référent, en parler en groupe de paroles.

Quand quelqu'un confie un secret « trop lourd » à porter : demander à cette personne la permission de le partager, même anonymement ; a priori, pas au personnel soignant.

Chaque cas est particulier, donc nous devons avoir une attitude de vigilance pour analyser la situation.

Mercredi 19 novembre

Nous venons d'origines et de structures différentes, avec des stades de pratique différents (de qq mois à 15 ans). Echanges féconds grâce à ces regards croisés. Nous avons eu beaucoup de PRUDENCE, aucune réponse mais beaucoup de questions. Nous sommes partis de différentes définitions et 3 exemples :

- Un bénévole reçoit entre deux portes les confidences d'un soignant qui « pollue » son intervention, son approche et la met dans une situation de recul (presque de refus).
- Manque complet d'infos autour d'un enfant, suivi depuis plusieurs mois, mais devenu sourd suite au traitement. La bénévole avait déjà eu des contacts avec cet enfant, mais n'ayant pas d'info/surdité acquise, elle n'a pu rétablir le contact.
- Une enseignante bénévole se trouve « piégée » par une équipe médicale qui lui impose la présence d'une tierce personne à son cours au lieu du tête à tête habituel. Cette tierce personne était là pour faire une évaluation/comment cette élève allait recevoir un texte sur la mort !

A des niveaux bien différents, il existe besoin d'infos objectives données par l'équipe médicale. Dans le groupe qui avance de façon prudente et avec des regards croisés, il est dit : finalement, on est d'accord sur le besoin d'infos MAIS a-t-on besoin de tant d'infos que cela ?

Quand il y a des protocoles, des modes opératoires qui peuvent aider à discerner les différentes étapes, les différents niveaux de cette problématique de la confidentialité, cela peut aider à ne pas aller trop loin, à avancer un pas après l'autre. Mais au-delà de cela, la parole est-elle une parole déversoir ? Ou une parole qui soulage (le soignant peut aussi avoir ce besoin) ? Ou bien est-ce une parole efficace ?

Que peut être une parole efficace, utile ? Cette question entraîne une réflexion sur ce que l'on transmet. On revient à nouveau sur l'objectivité, à savoir le signalement, l'avertissement. Dans le cas de l'enfant devenu sourd, il fallait le signaler. Mais attention, en gériatrie, la personne peut être en état de confusion et il faut s'interroger : est-ce les paroles qui vont être transmises ne sont pas juste des mots à mettre sur les maux ? Il faut aller au-delà de la simple verbalisation.

Dans les relations avec le monde des soignants : le bénévole sert-il de courroie de transmission entre le patient et les soignants ? Cette question peut parfois rejoindre le dysfonctionnement (exemple : un service où il n'y a aucun échange avec les bénévoles, les soignants étant inaccessibles) Les ressentis de chacun sont différents et une personne peut avoir besoin de rencontrer les infirmières avant d'intervenir, d'autres préférant garder un « regard vierge » avant la 1^{ère} approche. Dans ce cas, le contexte a peu d'importance, c'est le ressenti du bénévole qui intervient.

Transmettre, évoluer dans le cadre d'un protocole nous semble très important.

Il y a donc besoin d'un protocole rigoureux pour les façons d'intervenir dans un service (on ne laisse pas traîner ses oreilles, respect de la confidentialité, ..) ET d'une définition des modes de communication de façon construite et réfléchie. Ainsi, il y a moins de risque de laisser échapper des ressentis trop lourds, que ce soit pour les bénévoles ou les soignants. Il nous a donc paru nécessaire de trouver des outils pour évaluer la nécessité de communiquer, outils qui ne sont pas forcément complexes.