



# Bientraitance

De la personne âgée

---

Support de travail

## Table des matières

<b>Axe 1 : Comprendre la dépendance et ses manifestations</b>	<b>3</b>
Comprendre le phénomène de vieillissement	
Comprendre la dépendance et ses manifestations	
Atelier : Impact de la dépendance sur l'autonomie des personnes	
<b>Axe 2 : Maltraitance et promotion de la Bienveillance</b>	<b>5</b>
Un peu d'histoire	5
Définir la Bienveillance	8
1 Les notions qui entourent le concept de bienveillance	
2 Éléments de définition de la bienveillance	
3 Les fondamentaux de la bienveillance procédant de cette définition	
3.1 Une culture du respect de la personne et de son histoire	
3.2 Une manière d'être des professionnels au-delà d'une série d'actes	
3.3 Une valorisation de l'expression des usagers	
3.4 Un aller-retour permanent entre penser et agir	
3.5 Une démarche continue d'adaptation à une situation donnée	
3.6 Bienveillance & dignité	
<b>Le cadre législatif</b>	<b>14</b>
Déclaration universelle des droits de l'homme	
Déclaration des droits des personnes handicapées	
Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante	
<b>Atelier : La bienveillance en situations de vie</b>	<b>16</b>
<b>La maltraitance &amp; la maltraitance «ordinaire»</b>	<b>18</b>
Chapitre 1 Les types de maltraitance	19
1. La maltraitance liée aux comportements des professionnels	
2. La maltraitance liée à des facteurs institutionnels	
Chapitre 2 Des droits « traceurs » de la maltraitance ordinaire	25
1. L'information des patients	
2. La douleur, entre maltraitance physique et psychologique	
3. Le respect de la dignité	
4. La maltraitance liée à certains contextes de soins	
Chapitre 3 Les professionnels et la maltraitance ordinaire	32
1. La reconnaissance du phénomène par les professionnels	
2. Les causes de la maltraitance « ordinaire » selon les professionnels	
3. La mobilisation des professionnels en faveur de la bienveillance	
<b>L'agressivité &amp; la violence, définitions et mécanismes psychologiques</b>	<b>47</b>
<b>Axe 3 : Introduction aux Recommandations de l'ANESM</b>	<b>48</b>
<b>Axe 4 : Les outils de prévention de la maltraitance</b>	<b>53</b>
1 - La grille d'auto-contrôle de mes pratiques professionnelles	
2 - La cartographie des risques de maltraitance	
3 - La notice pour l'utilisation du fichier Excel ®	
<b>Textes réglementaires et de référence, bibliographie &amp; ressources Internet</b>	<b>70</b>

# Axe 1

## Comprendre la dépendance et ses manifestations (Powerpoint)

- Comprendre le phénomène de vieillissement

- Notes -

- Comprendre la dépendance et ses manifestations

- Notes -

- Atelier : Impact de la dépendance sur l'autonomie des personnes

- Notes -

# Axe 2

## Maltraitance et promotion de la Bienveillance *Savoir et pouvoir être*

### Un peu d'histoire

Au Moyen Age, les hôpitaux français étaient intimement liés à la religion chrétienne puisqu'ils étaient fondés par l'Eglise catholique et administrés par les membres du clergé. L'hôpital n'est pas encore un établissement de soin tel qu'on le connaît actuellement mais un établissement d'assistance, une œuvre de charité. Cette idée d'assistance est fondée sur les enseignements de l'Eglise (hospitalité, accueil des plus humbles et des plus pauvres, aide envers le prochain...).

Après la laïcisation révolutionnaire, les religieuses ont repris une certaine place dans les hôpitaux même si les établissements sont restés de la compétence des communes. Avec la loi de 1905 qui établit la séparation de l'Eglise et de l'Etat, l'hôpital est devenu laïc. Et il a progressivement acquis son statut d'établissement de soins.

### **Hospitalité**

*L'ambiguïté du concept d'hôte*

L'hôpital vient de *hospitium*, l'accueil de l'hôte et le gîte. Or l'hôte, *hostis*, désigne l'étranger dans son ambivalence d'ennemi ou d'ami potentiel, selon la manière dont il se fait reconnaître. L'hôpital ou Hôtel-Dieu, du Moyen Age au XVIII<sup>e</sup> siècle, était le lieu où l'on accueillait gratuitement les pauvres, les lépreux, les malades, les infirmes qui n'avaient pas d'argent pour se faire soigner chez eux. L'hospitalité, c'est la courtoisie d'accueillir aimablement et de rendre le séjour le plus agréable possible à ceux qui séjournent en votre maison. Mais le vieux français connaissait aussi l'expression « réduire quelqu'un à l'hôpital » pour dire réduire à la misère.

L'hospitalité suppose donc de traiter le visiteur de quelques jours, quelques mois ou quelques années non pas comme un client mais comme un hôte. Être ou recevoir un hôte cela engage des deux côtés un certain nombre de devoirs : devoirs d'assistance, de service, de réserve, d'efficacité pour celui qui accueille, devoir de discrétion, d'adaptation, d'entrée dans le jeu institutionnel de la part de celui qui est reçu. L'hospitalité est une vertu peu pratiquée de nos jours où l'on se méfie des étrangers et où l'on va dormir à l'hôtel et non pas chez des alliés. Mais ceux qui fréquentent les chambres d'hôte ou les *Bed and Breakfast* savent bien que dans ces lieux, à la fois on est comme à la maison et l'on n'est pas chez soi. On respecte les biens mis à notre disposition et on ne refuse pas de bavarder avec son hôte ; on renseigne et on aide celui qui est reçu, mais on n'empiète pas sur sa vie privée.

Cette hospitalité n'est pas seulement matérielle (confort de la chambre, qualité des repas, respect du silence, aménagement d'une présence de la famille ou d'un proche) ; elle est d'abord psychologique, éthique et dans certains cas spirituelle . Elle suppose le respect de la singularité du patient, la présence du soignant en personne et non pas en représentation, et une sorte de solidarité entre soignant et soigné puisque tous deux ont un même but qui est la santé du malade. En un certain sens l'hôpital a le même type d'objectif que l'école : permettre à celui qui y est reçu d'en sortir en assumant son autonomie. Finalement, la perfection — au sens d'accomplissement et d'achèvement — de la médecine est semblable à celle de l'éducateur : savoir s'effacer pour que l'autre prenne sa place, la place qui est la sienne et non celle d'un autre, toute sa place. La grandeur de l'art médical n'est pas d'instaurer une dépendance mais de restaurer l'autonomie ou, comme le dit Gadamer de trouver : « son accomplissement dans le retranchement de soi-même et dans la restitution à autrui de sa liberté ».

## **Confiance et confiance**

Le dialogue du malade et du médecin (comme du soignant) est souvent décrit comme celui d'une confiance et d'une conscience. Soit. Mais il faut prendre garde aux deux écueils que sont le *paternalisme* et l'*indifférence irresponsable*. En tant que dialogue entre deux consciences libres et responsables, la consultation doit conjuguer l'écoute — donc la présence et la solidarité— et le respect des différences : l'un vit le trouble dans l'inquiétude et la confusion, l'autre le déchiffre, lui assigne des causes, envisage une évolution probable, propose un traitement ; mais il n'éprouve pas la souffrance et le mal d'autrui. Cela doit inciter à une certaine modestie : nous n'approchons le mal de l'autre que de l'extérieur, en le faisant rentrer dans un schéma et des cadres connus, en réduisant souvent ce qui reste mystérieux à une dimension de simple problème, même si nous sommes capables d'empathie. Nous ne saurions ni ne devrions nous mettre à sa place et, de fait, l'efficacité du soin requiert une capacité de se mettre à distance, à la juste distance si difficile à apprécier, et ce, dans toutes les relations humaines qui comptent.

Mais cette différence de statut, de position, de connaissance, donc cette inégalité, ne doit pas être de l'indifférence. Si le souci de soulager et de soigner n'est pas premier, mieux vaut ne pas être médecin ou soignant, comme ne sera jamais un bon enseignant celui qui n'éprouve pas un véritable plaisir à faire partager son savoir et sa compréhension.

C'est ce qui distingue *l'attitude* et la *position* des deux interlocuteurs. *L'attitude* est, de la part du patient, exposé du mal ou de ses symptômes, demande de soin; de la part du médecin ou du soignant, écoute, interprétation, explication, prescription ou proposition de soin. Mais la *position* est quelque chose d'autre et d'un autre ordre : la consultation est demande de conseil et de prescription, mais l'ordonnance n'est pas un ordre. J'attends du médecin qu'il me conseille, qu'il m'éclaire, non qu'il décide à ma place et je ne pourrai sauvegarder ma liberté que si celle-ci est éclairée. **Dans la hiérarchie du savoir c'est sans doute le thérapeute qui est en position dominante, mais dans la hiérarchie de la décision, c'est le patient, en tant que liberté, qui doit garder la primauté.**

Cela va à l'encontre du paternalisme, tentation compréhensible de celui qui sait, face à celui qui ne sait pas. Mais réciproquement, le médecin ne doit pas accepter d'être instrumentalisé : toute demande n'est pas recevable, même possible techniquement et bien rémunérée. Si une femme, en phase de rémission de cancer, consulte un gynécologue pour demander une PMA, le devoir du médecin est de l'avertir des risques qu'elle encourt et non pas de mettre à sa disposition toutes les techniques médicales disponibles. L'information, l'explication, la prescription pourraient, peut-être, un jour, être confiées à un ordinateur. Mais il est sûr que la compréhension de la situation singulière, sa mise en relation avec des valeurs comme la liberté, l'autonomie, la créativité, la perfectibilité, ne relèvent pas d'une rationalité strictement analytique, mais du dialogue de deux consciences susceptibles de se décentrer pour se mettre à la place de l'autre et d'égaliser ainsi leur différence. En médecine comme en morale, pour reprendre une remarque de Leibniz, « c'est toujours la place d'autrui qui constitue le vrai point de perspective ».

## Définir la Bienveillance

Comment définiriez-vous la Bienveillance :

- En quelques mots-clés ?
  
- en 2 ou 3 phrases) ?

### 1. Les notions qui entourent et préparent le concept de bienveillance<sup>1</sup>

Le concept de **bienveillance** naît dans un champ professionnel marqué par plusieurs concepts importants. Ces concepts sont tout à la fois préparatoires et complémentaires de la notion de bienveillance et à ce titre, il est intéressant de les passer brièvement en revue pour définir ce que le concept de bienveillance peut en retenir.

La notion de **bienfaisance**, citée dans le rapport Belmont de 1979, figure dans une réflexion concernant la protection des sujets humains dans le cadre de la recherche. Elle est l'un des trois principes éthiques considérés comme fondamentaux pour borner l'exercice de la recherche médicale (au même titre que le respect de la personne et la justice). La bienfaisance, définie dans ce rapport comme une « obligation » pour les professionnels de la recherche, est définie par deux règles générales:

(1) ne faites pas de tort ;

(2) maximisez les avantages et minimisez les dommages possibles »

De cette notion, il faut retenir l'idée d'une absence de tort faite à l'autre, d'une part, et surtout d'un équilibre à trouver au sein des pratiques entre ce qui apportera un bénéfice et ce qui causera du tort à l'utilisateur.

---

<sup>1</sup> Cf *La Bienveillance, définitions et repères pour une mise en oeuvre*, ANESM, juin 2008



La notion de **bienveillance**, plus récente dans sa déclinaison professionnelle, se situe au niveau de l'intention des professionnels. Elle consiste à aborder l'autre, le plus fragile, avec une attitude positive et avec le souci de faire le bien pour lui. En outre, parce qu'elle comporte la dimension de veille, cette notion revêt aussi bien un caractère individuel que collectif. De ce concept, il convient de retenir l'importance de l'intention envers l'autre, intention que viendront soutenir et expliciter le projet individuel d'accompagnement et le projet d'établissement et de service.

Une notion tirée de la psychanalyse peut également figurer parmi celles qui construisent le concept de bienveillance. Il s'agit de la notion de **mère «suffisamment bonne»** développée par le pédopsychiatre Donald Winnicott. Cette notion recouvre en effet une capacité d'adaptation de la mère et un prendre soin qui n'est pas défini de manière générale mais relève d'un ajustement à un enfant particulier, à un moment donné du temps. Cette notion ne signifie pas que la posture professionnelle de bienveillance s'apparente à une posture maternante. Mais parce qu'elle différencie la compétence maternelle d'une quelconque forme de perfection, ou encore d'une compétence abstraite et générale, elle est tout à fait appropriée pour contribuer à la définition de la posture bienveillante, posture d'ajustement à un usager singulier à un moment donné.

De la psychologie, la bienveillance peut également retenir l'héritage de **Carl Rogers** et ses enseignements en matière de **communication**. Quatre dimensions de la communication peuvent en particulier participer à une démarche bienveillante. Elles incarnent les modalités par lesquelles un individu peut éviter de mettre l'autre en accusation à travers sa communication. La première dimension consiste à observer les faits en évitant les jugements de valeur. La seconde, à reconnaître ses propres sentiments, ce qui permet à l'interlocuteur de trouver plus facilement un espace pour exprimer également les siens. La troisième, d'avoir conscience et d'exprimer ses besoins propres, ce qui facilite également la compréhension des besoins de l'autre. La quatrième enfin, de savoir formuler sa demande et indiquer à l'autre quelles actions concrètes peuvent contribuer à mon bien-être. À travers l'ensemble de ces dimensions, c'est la faculté d'empathie et la posture de négociation qui doivent être retenues de la part du professionnel.

La notion de **sollicitude**, développée principalement par le philosophe **Paul Ricoeur**, consiste à adopter envers l'autre, au sein d'une relation dissymétrique, une attitude permettant de rétablir un équilibre plutôt que d'accentuer le déséquilibre. Incarnée dans un geste individuel, la sollicitude répond à une fragilité momentanée ou durable par une réponse singulière, soucieuse de l'unicité de l'autre et de sa vulnérabilité. Là où il ne peut toujours parvenir à réparer la différence de situations et l'écart de possibilités, le geste de sollicitude vise en tout cas à instaurer une relation équilibrée et respectueuse de l'autre.

La notion de **care**, quant à elle, a été développée au sein d'écrits anglo-saxons d'abord, puis francophones, afin de différencier l'attitude du « prendre soin » de celle d'un « guérir » plus technique. Cette notion se réfère à un accompagnement de proximité où une place importante est donnée à l'expérience des professionnels qui travaillent au plus près des personnes dépendantes. L'enseignement du care décrit des attitudes et comportements non pas déterminés par la règle ou le droit, mais par l'adaptation des réponses à une situation donnée, toujours singulière: « la pratique du care implique de sortir de son propre cadre de référence pour entrer dans celui de l'autre ». L'éthique du care est donc une réponse contextualisée et personnalisée.

La réflexion sur la **reconnaissance** est également éclairante ici. Cette approche met l'accent sur l'importance pour toute personne d'être regardée favorablement par ceux qui l'entourent pour développer une image positive d'elle-même et en conséquence, pour déployer ses capacités au mieux. Les trois vecteurs privilégiés de la reconnaissance sont, selon **Axel Honneth**, l'attention affective, l'accès égal aux droits et l'estime sociale. L'enjeu de la reconnaissance est ainsi posé : « la possibilité par le sujet de réaliser son autonomie individuelle dépend des conditions préalables dont il dispose pour développer un rapport à soi intact à travers l'expérience de la reconnaissance sociale. »

Enfin le concept de **bien-traitance** voit le jour dans les années quatre-vingt-dix au sein du comité de pilotage ministériel de « L'opération pouponnières », opération qui visait à l'humanisation de l'accueil de très jeunes enfants. Ce terme renvoie au cheminement de professionnels qui souhaitaient « rechercher activement des moyens permettant de ne pas se laisser envahir par le découragement provoqué par la complexité des situations de maltraitance. » Il désignait une démarche « impliquant avant tout, malgré les séparations et les ruptures, de respecter la continuité du développement de l'enfant dans son histoire, non plus à court terme, mais envisagée dans un projet d'avenir, et de l'aider à construire son identité dans la sécurité affective et l'épanouissement de toutes ses possibilités. » Le trait d'union du terme de « bien-traitance » signifiait, pour ses créateurs, le lien entre tous ceux qui prenaient part à la démarche. L'enjeu de ce concept était ainsi résumé: « (...) la "bien-traitance" des plus vulnérables d'entre les siens est l'enjeu d'une société tout entière, un enjeu d'humanité.»

## 2. Éléments de définition de la bientraitance

La proximité des deux concepts de bientraitance et de maltraitance signale une profonde résonance entre les deux. Utiliser le terme de bientraitance oblige en effet les professionnels à garder la mémoire, la trace de la maltraitance.

Ainsi, la bientraitance, démarche volontariste, situe les intentions et les actes des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable. La bientraitance est à la fois démarche positive et mémoire du risque.

Ainsi, la bientraitance ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance. Elle n'est ni le contraire logique, ni le contraire pragmatique de la maltraitance. La bientraitance s'inscrit dans les conceptions d'une société spécifique, à un moment donné du temps. Il appartient à chaque équipe de professionnels, en lien avec les usagers, d'en déterminer les contours et les modalités de mise en oeuvre dans le cadre du projet de service et d'établissement, faute de quoi la démarche perdrait de sa dynamique et de son sens. Néanmoins, si la bientraitance est par définition une notion contextuelle et non figée, elle comporte un certain nombre de dimensions incontournables et ne peut donc relever d'un choix arbitraire.

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.

La bientraitance naît donc d'un équilibre entre un fond commun d'exigences permanentes – celle de répondre aux besoins fondamentaux de l'utilisateur de la manière la plus individualisée et personnalisée possible – et une interprétation puis une mise en oeuvre par définition ponctuelles

Mouvement d'individualisation et de personnalisation permanente de la prestation, la bientraitance ne peut, en tant que telle, recevoir de définition définitive.

et dynamiques données par les professionnels au sein d'une structure déterminée. La bientraitance se définit par conséquent au terme d'échanges continus entre tous les acteurs : institutions, professionnels, usagers, familles et proches des usagers, bénévoles et parties prenantes ponctuelles de l'accompagnement. Ce n'est qu'au croisement et dans le respect de toutes ces analyses qu'une bientraitance réellement légitime peut se construire au sein des structures.

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.

### 3. Les fondamentaux de la bientraitance procédant de cette définition

Marquée, dans ses modalités pratiques, par le contexte législatif et déontologique qui encadre les missions des professionnels du secteur social et médico-social, la bientraitance s'enracine néanmoins dans des principes plus larges. Ces principes relèvent non pas de la pratique professionnelle proprement dite, mais des questionnements éthiques qui habitent et traversent cette pratique. La bientraitance est une notion qui ne peut se comprendre que dans le sillage d'une **recherche collective de sens**. Elle s'inscrit dans le projet éthique indissociable de l'action sociale et médico-sociale, qui est une tentative d'**articuler le plus justement possible les situations les plus singulières avec les valeurs les plus partagées** – valeurs de liberté, de justice, de solidarité, de respect de la dignité. En ce sens, la bientraitance est bien « l'enjeu d'une société toute entière, un enjeu d'humanité ».

#### 3.1 Une culture du respect de la personne et de son histoire, de sa dignité, et de sa singularité

La bientraitance trouve ses fondements dans le respect de la personne, de sa dignité et de sa singularité. Il s'agit d'une culture partagée au sein de laquelle les sensibilités individuelles, les spécificités de parcours et de besoins, doivent pouvoir s'exprimer et trouver une réponse adaptée. Cette culture est fondée sur le **principe de l'égle dignité** de tous les êtres humains, figurant dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et réaffirmé dans tous les textes de référence des professionnels du secteur social et médico-social. Elle repose également sur la conviction que tous les usagers sont des personnes dont la capacité de développement et la dignité doivent recevoir les moyens de s'épanouir pleinement.

#### 3.2 Une manière d'être des professionnels au-delà d'une série d'actes

Née dans une culture partagée, la posture professionnelle de bientraitance est une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus. Elle ne peut se résumer à une série d'actes.

Mais cette posture professionnelle n'est pas faite que d'acceptation. Elle comporte tout aussi bien le nécessaire souci de maintenir un cadre institutionnel stable, avec des règles claires et sécurisantes pour tous, et un refus sans concession de toute forme de violence et d'abus sur le plus faible, d'où qu'elle émane.

Cela implique que les professionnels eux-mêmes soient reconnus, soutenus et accompagnés dans le sens qu'ils donnent à leurs actes.

### 3.3 Une valorisation de l'expression des usagers

La bientraitance est une démarche faite en réponse à des droits et des choix, ceux que l'utilisateur exprime concernant le lieu, le rythme et les modalités de vie qu'il privilégie sur les autres. En ce sens, la bientraitance est d'abord une capacité d'adaptation à l'autre. Les choix exprimés par son représentant légal ou par ses proches sont également déterminants lorsque l'utilisateur lui-même ne peut les énoncer.

### 3.4 Un aller-retour permanent entre penser et agir

De la bienveillance, la bientraitance retient l'importance de l'intention positive. À cela s'ajoute l'héritage de la bienfaisance: la nécessité d'un acte qui parvienne au plus juste équilibre entre toutes les contraintes auxquelles sont soumises les actions en faveur des usagers. Ainsi, la bientraitance ne peut se passer ni d'une intention positive (sans quoi elle est une action arbitraire), ni d'un acte concret (sans quoi elle se limite à une bonne intention). La démarche de bientraitance exige à la fois une réflexion collective sur les pratiques pour une prise de recul régulière des professionnels, et une mise en acte rigoureuse des mesures que la réflexion collective a mûries et préconise pour améliorer les pratiques. En ce sens, c'est une culture de **questionnement permanent**, y compris au regard des évolutions des savoirs et des découvertes des sciences humaines, sociales et médicales.

### 3.5 Une démarche continue d'adaptation à une situation donnée

Aucune fin ne peut être fixée à la démarche de bientraitance. La recherche de bientraitance est une dynamique qui appelle de la part des professionnels, des usagers et de leurs proches, et des autres parties prenantes de l'intervention, une réflexion et une collaboration continues à la recherche de la meilleure réponse possible à un besoin identifié à un moment donné.

Cette recherche doit prendre en compte le plus grand nombre de paramètres possibles concernant l'utilisateur: son identité et ses besoins, son parcours avant sa rencontre avec la structure et les possibilités qui s'offrent à lui ensuite, ses proches, et tout ce qui fait son expérience personnelle dans le monde – ses objets personnels, ses vêtements, son univers de sons ou d'images, son animal familier...

### 3.6 Bientraitance & dignité

- Sens kantien : respect de la valeur infinie de la personne humaine
- Une personne n'est personne d'autre
- Elle a donc une valeur infinie (n'est comparable à aucune autre)
- Une personne est une fin en soi
- La personne de l'autre est la fin de toute relation humaine, c'est sa dignité.

## Le cadre législatif

Textes juridiques de référence

### Déclaration universelle des droits de l'homme

10 décembre 1948

Art. 1 : Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits.

Art. 3 : Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne.

Art. 5 : Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Art. 12 : Nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes à son honneur et à sa réputation. Toute personne a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes.

Art. 22 : Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité (...)

Art. 27 : Toute personne a le droit (...) de participer au progrès scientifique et aux bienfaits qui en résultent.

### Déclaration des droits des personnes handicapées

9 décembre 1975

Art. 3 : Le handicapé a essentiellement droit au respect de sa dignité humaine. Le handicapé (...) a les mêmes droits fondamentaux que ses concitoyens du même âge.

Art. 5 : Le handicapé a droit aux mesures destinées à lui permettre d'acquérir la plus large autonomie possible.

Art. 9 : Le handicapé a le droit de vivre au sein de sa famille ou d'un foyer s'y substituant et de participer à toutes activités sociales, créatives ou récréatives. Aucun handicapé ne peut être astreint, en matière de résidence, à un traitement distinct qui n'est pas exigé par son état ou par l'amélioration qui peut lui être apportée. Si le séjour du handicapé dans un établissement spécialisé est indispensable, le milieu et les conditions de vie doivent y être aussi proches que possible de ceux de la vie normale des personnes de son âge.

## Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante 2007

Art. 1 : Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

Art. 2 : Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

Art. 5 : Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

Art. 6 : Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

Art. 9 : Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

Art. 10 : Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

## Atelier : La bientraitance en situations de vie

### Situation 1

Un professionnel de santé (médecin ou paramédical) mobilise délicatement une patiente dans son lit. La patiente pousse un gémissement, comme si le professionnel lui avait fait mal. Ce dernier lui dit gentiment : « Voyons, je ne vous ai pas fait mal ».

- ■ Que pensez-vous de cette situation ?
- ■ Qu'auriez-vous fait dans cette situation ?
- ■ Pourriez-vous citer des situations similaires avec les patients dans votre pratique ?

### Situation 2

Une maman répond au désir de sa fille de 30 ans de l'accompagner à la consultation. Le diagnostic de maladie grave est tombé, il y a quelques jours. Sa fille lui dit qu'elle se sent incapable de rencontrer, seule, le médecin et de prendre la décision sur le traitement à adopter. Elle l'accompagne donc à la consultation, à sa demande. Après une longue attente, la mère et la fille sont reçues par le médecin. La mère a recherché des informations sur la maladie et a préparé des questions qu'elle pose au médecin avec l'accord de sa fille. Le médecin dit : « Madame, votre fille est majeure, elle est assez grande pour poser ses questions elle-même. Nous allons discuter ensemble. Est-ce que vous pourriez sortir un instant ? ».

- ■ Que pensez-vous de cette situation ?
- ■ Qu'auriez-vous fait dans ce type de situation pouvant se produire également en hospitalisation et impliquant les soignants dans leur relation avec l'entourage ?
- ■ Quelles peuvent être les raisons d'un professionnel d'agir ainsi ?

### Situation 3

Un soignant répond au plus vite à la sonnette d'un patient alité et le découvre les yeux larmoyants, lui disant : « Je suis désolé, je n'ai pas pu me retenir. » Le soignant lui répond en s'approchant tout près de lui : « Je suis désolé, je n'étais pas disponible ». Le soir le soignant relate l'événement à ses collègues de nuit puis le lendemain à son cadre : « Vous vous rendez compte, pauvre M. Dubois ».

- ■ Que pensez-vous de cette situation ?
- ■ Qu'auriez-vous fait dans cette situation ?
- ■ Qu'est-ce que l'analyse de cet épisode peut vous apporter dans votre pratique quotidienne ?



## Situation 4

Une patiente fait très souvent l'inventaire de tout son linge et de toutes ses affaires de toilette et cela plusieurs fois par jour. Elle vient très souvent questionner les membres de l'équipe : « Tout est là ? On a tout retrouvé ? » et énumère un à un chaque élément de ses affaires personnelles. Une fois de plus la patiente arrive dans le bureau des soignants. En voyant la patiente, l'un des soignants très agacé secoue son trousseau de clés bruyamment devant elle pour la faire sortir. La patiente effrayée quitte alors rapidement le bureau et dit « oui, oui je vais être sage ». Les autres soignants poursuivent leur travail. L'un d'eux accompagne la patiente dans la salle de séjour.

- ■ Que pensez-vous de cette situation ?
- ■ Qu'auriez-vous fait dans cette situation ?
- ■ Quel environnement managérial peut conduire à de telles situations ?

## Situation 5

Une patiente (Valérie) reçoit la visite de son amie (Isabelle) en service de réadaptation. Elle vient juste d'être transférée à la suite d'une intervention chirurgicale.

- Isabelle, sur un ton enjoué : « Alors, le plus dur est passé, tu dois te sentir mieux maintenant ! ».
- Valérie éclate en sanglots : « On vient de me dire que j'en avais pour bien plus longtemps. Qu'est-ce que je vais devenir ? ».
- Isabelle attend que son amie se calme et lui caresse les cheveux : « Qu'est-ce qui t'inquiète, Valérie ? ».
- Valérie, apaisée : « Je ne sais pas comment Paul va pouvoir s'occuper des enfants. Ils croient que c'est facile, eux ».
- Isabelle : « Qu'est-ce que l'on t'a dit qui te met dans un tel état ? ».
- Valérie : « Hier on m'a parlé de 3 semaines d'hospitalisation, que ce serait difficile mais qu'après tout irait mieux et que je rentrerais chez moi. Ce matin en arrivant ils ont commencé à m'expliquer ce que j'allais faire ici et ils m'ont fait comprendre que ce serait bien plus long. Ils ne se mettent pas à notre place. J'ai envie de partir. Je veux rentrer chez moi ».

- ■ Que pensez-vous de cette situation ?
- ■ Qu'auriez-vous fait dans cette situation ?
- ■ Quelle stratégie de communication adopter entre services pour éviter de telles situations ?

## La maltraitance & la maltraitance «ordinaire»<sup>2</sup>

### La maltraitance

#### définition

Le mot « maltraitance » est d'apparition récente (Le Robert, dictionnaire historique de la langue française, indique la date de 1987). Il n'existe pas de définition juridique de la maltraitance, mais le Conseil de l'Europe en a proposé une définition (2002), souvent reprise, notamment par la commission d'enquête du Sénat sur la maltraitance des personnes handicapées (2003). La maltraitance (« abuse » en anglais) est définie comme : « tout acte, ou omission, qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien-être général d'une personne vulnérable » .

Lieux d'excellence dans la prise en charge des patients, les établissements de santé sont aussi des lieux de vie pour les patients comme pour les professionnels qui y travaillent ; les logiques humaines, professionnelles ou d'organisation doivent se concilier, exercice délicat au quotidien. Les patients hospitalisés et leurs proches témoignent bien souvent et en même temps de l'humanité des professionnels de santé et des difficultés qu'ils ont rencontrées au sein de l'institution hospitalière.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a profondément changé les pratiques des professionnels et les relations avec les usagers. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) puis la Haute Autorité de Santé (HAS) ont contribué à la mise en œuvre de ces droits, notamment au travers de la certification des établissements de santé.

Cependant, malgré les progrès accomplis, certaines plaintes d'usagers des établissements de santé témoignent d'attentes interminables et inexplicables, d'entraves et de contraintes qui paraissent absurdes, d'un manque d'écoute, de considération ou d'information.

C'est ce qui est appelé ici la maltraitance « ordinaire », parce qu'elle n'est pas hors du commun et que le risque le plus important de maltraitance réside dans sa banalisation,

---

<sup>2</sup> Cf *La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé*, Étude sur la base de témoignages, Claire Compagnon et Véronique Ghadi, 2009.

son « invisibilité » et donc son acceptation passive. D'autres l'ont appelée, à juste titre aussi, maltraitance «institutionnelle» ou «passive».

L'étude présentée ici est fondée sur des témoignages de malades et de proches et de professionnels, pris tels quels, dans toute leur subjectivité. Elle ne vise donc pas à mesurer l'ampleur de ce phénomène en termes quantitatifs ni à porter sur lui un jugement global. L'originalité – et les limites – de ce travail est de partir du point de vue de personnes hospitalisées, de leurs proches et de professionnels en s'appuyant sur leur libre expression : témoignages écrits, entretiens...

## **Chapitre 1 : Les types de maltraitance selon les personnes hospitalisées et leurs proches**

*« Quand on doit se déshabiller complètement et même ôter ses bagues pour une douche désinfectante et s'allonger sur le brancard pour l'opération, on se sent vraiment un objet, d'autant plus que ceux qui t'ont amenée là doivent tout reprendre, de peur des vols : on est vraiment une petite chose » (Personne hospitalisée, témoignage écrit)*

Cette citation illustre bien le point commun des témoignages recueillis : pour les usagers des établissements de santé, la situation d'hospitalisation est d'emblée vécue comme une situation de vulnérabilité. Tous les témoignages recueillis sur l'expérience personnelle d'un séjour dans un établissement de santé soulignent que cette vulnérabilité renforce le besoin pour le malade d'être accueilli, soutenu et reconnu comme une personne.

Dans leurs lettres ou au cours des entretiens, les malades et leurs familles veillent à mettre en valeur ce qu'ils ont vécu de positif. Cela permet d'identifier les attitudes et les comportements qui sont un soutien lors d'un recours à un établissement de santé. Ils les évoquent ainsi :

*« Un personnel très gentil et toujours à vous rendre service, il n'y a qu'à appeler, on arrive (...) avec le sourire, essayant d'être le plus agréable possible ». « Les femmes de ménage qui sont là, qui sont gracieuses, qui vous disent bonjour, qui vous causent » (Personne hospitalisée, témoignage oral)*

Le besoin d'être entouré, de ne pas être abandonné, prime. L'humanité des professionnels est perçue comme une garantie de la qualité des soins, au-delà des aspects techniques que les professionnels eux-mêmes mettent en avant.

*« La nuit, ce n'était pas pareil, les infirmières me parlaient, elles s'asseyaient, elles me parlaient de leurs enfants, elles me massaient le dos pour éviter les escarres. Elles venaient passer du temps avec moi. « On est content que vous vous en soyez sortie ». (Personne hospitalisée, victime d'infection nosocomiale, témoignage oral)*

Les attitudes valorisées sont celles qui personnalisent le rapport entre le professionnel et la personne malade.

Ainsi, cette femme, admise aux urgences, ayant passé quelques jours en réanimation suite à une intervention digestive a évoqué le bien-être que lui a procuré la visite d'une des infirmières des urgences et l'importance de ce geste à ses yeux.

*« Il y a même des infirmières des urgences qui sont descendues me voir en réa ». (Personne hospitalisée, témoignage oral)*

Néanmoins, patients et proches sont nombreux à dénoncer une maltraitance diffuse, quotidienne, qui se manifeste essentiellement par le déni des besoins, des attentes et des droits des personnes hospitalisées et de leurs proches.

Les maltraitements ressentis et restitués par les différentes personnes interrogées ou ayant témoigné sont multiples. Nous en proposons ici une typologie. Elle est, bien sûr, nécessairement incomplète et schématique.

## **1. La maltraitance liée aux comportements des professionnels**

Un établissement de santé est inquiétant pour les personnes hospitalisées et leurs proches, parce qu'il y est question de la maladie, de la souffrance et de la mort. De plus les usagers perçoivent les établissements de santé comme une organisation complexe. Aussi les personnes hospitalisées et leurs proches attendent des professionnels une écoute, de la bienveillance et parfois un accompagnement.

Les professionnels ne répondent pas toujours à ces attentes. Les témoignages sont nombreux à dénoncer des attitudes indifférentes, déplacées ou agressives.

### **1.1 Un malade transparent, un malade objet**

La personne hospitalisée semble parfois considérée comme un objet, comme la « matière première » sur laquelle les professionnels travaillent. Les professionnels, au carrefour de plusieurs logiques parfois contradictoires entre elles, confrontés à des choix difficiles et se confortant mutuellement dans leurs comportements, finissent par afficher une certaine indifférence à la présence du malade. Ils ignorent en partie les attentes et demandes de la personne hospitalisée et de son entourage.

Plusieurs témoignages font ainsi état d'un fonctionnement collectif des professionnels qui paraissent ignorer la présence même des malades ou de leurs proches.

Ainsi perdurent certains comportements, pourtant souvent dénoncés.

*« Le lendemain matin, une personne entre dans la chambre sans frapper à la porte, sans dire bonjour, sans se présenter et je suppose que c'est une infirmière, elle vient peser ma fille. L'après-midi, comportement quasi identique de l'équipe d'après-midi, elles entrent dans la chambre, comme si elles étaient chez elles, vont voir directement mon enfant et prennent les constantes sans remarquer ma présence, elles s'aperçoivent que j'existe et se retournent vers moi pour me demander de prendre la température de ma fille et de venir leur communiquer pendant qu'elles continuent leur tour » (Mère d'un bébé hospitalisé, témoignage écrit)*

#### **1.1.1 Quand les professionnels échangent et discutent entre eux, en présence du patient**

Comme dans tout milieu professionnel, les échanges entre collègues ne concernent pas uniquement les tâches à réaliser, mais peuvent également concerner ce qui relève de leur vie privée. Anodines dans la plupart des cas, ces discussions peuvent porter à conséquence quand elles se déroulent devant un public non concerné et qui aurait besoin au contraire de toute l'attention des professionnels. Or certains malades soulignent que des professionnels peuvent avoir tendance à continuer leurs conversations privées en ignorant délibérément les personnes présentes qu'elles sont censées accueillir.

*« Pendant un des examens que l'on m'a fait, ils avaient une soirée, ils parlaient de ce qu'ils allaient boire et manger le soir, comme si je n'étais pas là » (Personne hospitalisée, témoignage écrit)*

#### **1.1.2 Quand les professionnels n'entendent pas ce que leur disent les malades ou leurs proches**

On note aussi souvent le peu de crédit accordé à la parole du malade. Dans ces cas, la maltraitance « ordinaire » est étroitement associée à des désagréments physiques, voire une mise en danger des personnes.

*« J'ai eu à regretter que la parole de la mère parlant de son enfant pas « comme d'habitude » ne soit pas entendue ; il a fallu 36 heures pour un constat que je savais intérieurement au bout de 2 h après l'accident... De devoir affronter seule la réalité d'un trauma crânien grave après un scanner où on m'a laissée remonter seule avec mon enfant sur les bras, alors que leurs visages en disaient long. Que mon inquiétude ne soit comprise qu'une fois le diagnostic établi et l'enfant envoyé d'urgence en hélico (36 h après la chute) » (Mère d'un enfant hospitalisé, témoignage écrit)*

## **2. La maltraitance liée à des facteurs institutionnels**

*« C'était une grosse institution où l'humain disparaît, on devient juste une matière première. (...). D'emblée vous devenez débiteur du médecin, vous lui devez la vie de votre enfant. Ce n'est plus de la dépendance, c'est de la soumission. Il y avait une totale absence d'égalité, alors que l'on devrait être dans une relation plus égalitaire » (Personne hospitalisée, témoignage écrit)*

Parmi tous les témoignages recueillis, un certain nombre d'éléments peuvent être caractérisés comme de la maltraitance sans que l'on puisse rattacher la situation décrite à des comportements individuels : c'est le fonctionnement de l'organisation qui agresse les malades et leurs proches. Cette partie sera consacrée aux composantes organisationnelles de la maltraitance « ordinaire », aux situations où le fonctionnement de l'institution et l'organisation professionnelle priment sur l'intérêt de la personne malade. Ainsi que l'écrit une personne, en bilan de son hospitalisation :

*« Il faut s'adapter au service et jamais l'inverse, ce n'est jamais le service qui s'adapte à la personne » (Personne hospitalisée, témoignage écrit)*

L'établissement de santé fonctionne selon des règles implicites connues seulement des professionnels, ou parfois explicitées dans un règlement plus ou moins formalisé. L'invocation de ce règlement a pour objectif de faire entrer le malade dans un rôle prescrit, d'autant moins accepté que les règles édictées ne trouvent pas de justification claire, et confinent parfois à l'absurde, voire à l'inhumanité.

*« J'essaie de reculer le plus longtemps possible le moment où il faudra te réveiller. Je sais bien qu'à 8 heures, il faut que tu sois pesée et que ta température soit prise. C'est le règlement. Et il importe peu que les enfants dorment ou non, qu'ils aient enfin trouvé le sommeil après une nuit épuisante. Je le connais le règlement et je sais aussi que certaines auxiliaires sont gênées de l'appliquer ainsi à la lettre et ne peuvent que s'en excuser par un mot ou une caresse sur ta tête. Elles aussi ne font qu'obéir » (Mère d'un enfant hospitalisé, témoignage écrit sous forme d'une « lettre » adressée à son enfant)*

### **2.1 L'accueil de la personne hospitalisée et de ses proches**

La maltraitance « organisationnelle » ou « institutionnelle » peut se manifester dès le moment de l'arrivée dans l'établissement de santé, moment souvent générateur d'angoisse où les personnes hospitalisées et leurs proches ont tout particulièrement besoin d'être aidés, accompagnés, guidés... Les accueils « ratés » laissent des souvenirs souvent douloureux.

*« Pour ce qui concerne le service administratif, lorsque l'on arrive à l'hôpital avec un enfant gravement malade, ce qui veut dire que l'on est dans un gouffre un certain temps, c'est un véritable casse-tête chinois : il manque toujours un papier, un numéro... et l'on a affaire à des gens peu compréhensifs » (Parents d'un enfant hospitalisé, témoignage écrit)*

Excès inverse dans certains services de psychiatrie où le « protocole » d'accueil peut être vécu comme une expérience traumatisante.

*« La mise en place des systèmes de sécurité est terrible. Ils sont tous tellement centrés sur la sécurité des patients, qu'ils sont à quatre pour accueillir les patients et qu'ils les mettent systématiquement sous contention même si la personne est calme. C'est traumatisant aussi pour les familles d'assister à ça » (Mère d'un jeune adulte hospitalisé, témoignage oral)*

## **2.2 Le manque de disponibilité des professionnels**

Un autre reproche est adressé aux professionnels : leur manque de disponibilité. Les professionnels, « happés » par l'organisation et les tâches à réaliser, « oublient » les malades.

*« Ce qui manque le plus au personnel soignant, c'est du temps, du temps pour communiquer avec le patient qu'il suit : trois minutes pour s'asseoir sur le bord de son lit, tenir la main de celui qui est agité, parler avec celui qui a tant envie de s'exprimer sur sa souffrance. Au lieu de cela ils ne peuvent lâcher qu'un banal « à tout à l'heure » et repartent, ils ont tant à faire ailleurs ! » (Personne hospitalisée, témoignage écrit)*

Mais cette question centrale de la disponibilité ne se réduit pas à sa dimension quantitative ; la disponibilité est également une attitude, comme l'attestent l'exemple suivant :

*« Ça se passe vraiment bien ici, car c'est calme, les gens sont gentils, ils sont toujours à votre disposition. C'est quelque chose de formidable » (Personne hospitalisée, témoignage oral)*

*« Je suis une personne qui angoisse beaucoup, donc quand je sais que si j'appelle, je vais toujours avoir quelqu'un, ça aide parce que je sais qu'on va s'occuper de moi » (Personne hospitalisée, témoignage oral)*

## **2.3 Le rythme imposé des soins**

Tout au long de l'hospitalisation, l'établissement de santé impose son rythme aux personnes hospitalisées et à leurs proches ; au quotidien, les patients ont l'impression que l'organisation fonctionne devant eux comme s'ils n'existaient pas. Ils subissent les « dommages collatéraux » de cette organisation, tels que le bruit, un rythme imposé parfois décousu et incohérent rendant impossible le repos.

*A contrario*, quand les soignants s'organisent pour éviter aux malades les désagréments de leur intervention la nuit, les malades le remarquent et leur en sont reconnaissants.

*« Les infirmières, je crois même qu'elles laissent la porte pas fermée la nuit, pour pas faire de bruit la nuit parce qu'elles viennent à chaque fois, elles ont une petite lampe, je ne les entends pas ouvrir, ça me réveille parce que j'ai le sommeil très léger « je vous ai réveillé ? », elles font très attention » (Personne hospitalisée, témoignage oral)*

Plus encore, ce rythme imposé finit parfois par entrer en contradiction avec la qualité des soins et les règles d'hygiène, accélérant la dégradation de l'état des personnes :

*« Un soir des premiers temps, à 18 h, après 8 heures passées au fauteuil roulant sans changement de position et après 6 heures d'attente d'un verre d'eau qu'on m'interdisait de lui faire boire moi-même (« le médecin a prescrit...»), le coucher de ma mère a été reculé de 2 heures (soit donc 10 heures de suite au fauteuil...) au motif que le « premier tour » des couchers ayant commencé pendant qu'elle buvait, il lui faudrait attendre le tour suivant, à 20 h, pour être allongée. Pour être juste ce jour fut un sommet dans le genre mais aussi un concentré révélateur d'un ensemble plus courant ». (Fille d'une personne âgée hospitalisée, témoignage écrit)*

## **2.4 Le bruit**

L'établissement de santé impose aussi le bruit de ses activités. Les malades dénoncent fréquemment le bruit subi ; il empoisonne les conditions de vie dans les établissements de santé ; il est d'autant plus décrié qu'il semble parfois relativement simple de l'éviter. Les malades reprochent l'incapacité des professionnels à s'interroger sur l'impact de leur activité.

*« Le chariot de soin : ce chariot, poussé par le personnel soignant dans les couloirs, n'est pas sans rappeler, de par le bruit de ses roues, le vénérable chariot qui partait jadis à la conquête de l'Ouest. Il est anormal qu'il ne soit pas plus silencieux : c'est vrai qu'il constitue un bon moyen de prévenir le malade qu'on vient le voir. Mais il existe peut-être d'autres moyens plus discrets » (Personne hospitalisée, témoignage écrit)*

## **2.5 Les dysfonctionnements d'une organisation complexe**

Si le rythme imposé par l'établissement de santé est plus ou moins accepté par les patients, il devient insupportable, quand il s'accompagne d'une insuffisance de l'institution ou des professionnels : une technique non maîtrisée, un acte insuffisamment préparé, des retards non prévus dans les résultats.

*« Le médecin reprend alors sa visite, salue et accueille Mme X, examine son dossier, tout est mis en place sur le plan médical. Le médecin informe qu'il est venu car il est de permanence, le médecin attitré du service n'est pas là ce vendredi après-midi, mais viendra lundi matin pour préciser le traitement. Tout paraît bien » Une prise de sang faite ce vendredi donnera le lundi les informations d'analyse utiles. En fait, le médecin attaché au service n'apparaîtra que le mardi après-midi et les résultats de l'analyse faite le samedi arrivent sur la table de nuit de Mme X le lundi soir, déposés par l'équipe de nuit. Petit décalage peut aussi bien devenir grand un jour » (Proche d'une personne âgée hospitalisée, témoignage écrit)*



## **CHAPITRE 2 : DES DROITS « TRACEURS » DE LA MALTRAITANCE ORDINAIRE**

### **1. L'information des patients**

Les professionnels de santé ont une obligation d'information des patients. Ce principe posé, il reste à l'appliquer. Or l'information n'est pas un processus linéaire, elle nécessite une certaine disponibilité des professionnels et doit parfois être réitérée.

*« Il nous accueille avec beaucoup de chaleur, prêt à répondre à tous nos questionnements. [...] Il a répondu à toutes nos questions et nous a assuré aussi que nous pouvions l'interpeller quand bon nous semblait, quand bien même pensions-nous que c'était souvent et pour la même chose. Durant ces trois années, il a effectivement toujours répondu présent » (Parents d'un enfant hospitalisé, témoignage écrit, site de l'association Sparadrap)*

#### **1.1 Le défaut d'information**

Déjà fragilisés par la maladie, les patients voient leur inquiétude se démultiplier quand ils sont laissés dans l'ignorance donc sans moyen de reprendre le contrôle de leur vie.

Cette absence d'information est ressentie plus durement à l'occasion d'examens qui suscitent interrogations et inquiétudes.

*« Les médecins nous font faire des examens mais n'ont pas de dialogue avec nous. Je l'ai remarqué, l'examen est passé et c'est fini. Ils passent toc et ils sont repartis, pas de dialogue. Ils ne nous mettent pas psychologiquement en confiance, parce que l'on a peur, la décision ne vient pas, vous voyez. » (Personne hospitalisée, témoignage oral)*

La nécessité d'informer se complique lorsqu'il s'agit d'un enfant ou d'un jeune adulte : les parents deviennent des interlocuteurs exclusifs, faisant parfois oublier le patient. Lors d'un entretien avec un patient d'une vingtaine d'années, ce dernier a raconté comment l'information a été donnée à ses parents et très peu à lui directement. Cela a entraîné ainsi un profond malaise lié à un double dysfonctionnement : lui-même a été mal informé et ne s'est pas senti reconnu comme une personne ; ses parents se sont trouvés dans l'obligation de pallier les défaillances des médecins et d'informer leur enfant, dans un contexte de forte angoisse : les professionnels se sont défaussés, faisant ainsi peser une responsabilité lourde sur les épaules de parents déjà déstabilisés.

#### **1.2 Les conditions de délivrance de l'information**

Si certains médecins délivrent l'information avec humanité, d'autres délivrent l'information avec brutalité, sans égards, sans laisser place aux interrogations des patients.

Les conditions de délivrance de l'information peuvent avoir un effet destructeur sur la personne ou au contraire s'inscrire dans une perspective réparatrice. Les modalités de délivrance de l'information peuvent être tout aussi violentes que l'est son absence. Cela peut alors s'exprimer au travers des conditions matérielles de l'entretien...

*« Devant le peu d'informations données, nous souhaitons rencontrer le professeur en charge du service. Nous sommes reçus avec Valérie le matin même de la sortie de Jérôme. Étrange entretien où nous sommes assis sur deux petites chaises alors que le professeur qui nous fait face, ou plutôt qui nous domine, est confortablement installé dans un grand fauteuil en cuir »<sup>3</sup>*

Mais plus sûrement par le peu d'égard pris lors de l'annonce de certains diagnostics.

*« Alors que nous sommes dans la chambre de Jérôme vers 18 h, l'interne qui le suit depuis le matin vient à notre rencontre et nous annonce sans autre forme : C'est une tumeur, il faut savoir maintenant si elle est maligne ou non »*

*« Valérie et l'interne quittent la chambre et je reste près de Jérôme qui m'adresse cette question « je vais mourir ? », à cet instant, je suis désarmé, désarmé et lui demande à mon tour pourquoi il pose cette question, l'explication qu'il me donne c'est son interprétation de « tumeur » par « tu meurs »<sup>4</sup>.*

## **2. La douleur, entre maltraitance physique et maltraitance psychologique**

De nombreux témoignages, écrits ou oraux, font mention de douleurs intenses qui n'ont pas été prises en charge.

Dans cette partie, nous distinguerons deux types de douleurs :

- ◆ celle qui relève d'une absence de prise en charge de la douleur due à la maladie ou aux suites d'une intervention ;
- ◆ celle qui relève d'une brutalité des actes de soins.

### **2.1 La négation de la plainte et la non-prise en charge de la douleur**

*« J'ai été greffé un samedi, dégreffé le dimanche. J'ai eu très mal, il y a eu beaucoup de manipulations. J'ai été toute une nuit à appeler sans arrêt, on m'a envoyé des internes des autres services. Le matin on m'a dit : mais pourquoi on ne vous a pas fait de morphine ? » (Personne hospitalisée, témoignage oral)*

---

<sup>3</sup> Philippe Costes, *Le printemps blanc, non-assistance à famille en danger*, Les éditions de l'officine, Paris, mars 2007.

<sup>4</sup> Philippe Costes, *Le printemps blanc, non-assistance à famille en danger*, Les éditions de l'officine, Paris, mars 2007.

Le soulagement de la douleur relève d'un besoin primaire et urgent : c'est maintenant et tout de suite que la personne malade attend une réponse. Le sentiment de scandale est plus aigu encore quand rien n'explique le retard dans la prise en charge de la douleur.

*« Le réanimateur est venu, il a dit « c'est dans la tête ». On m'a donné de la morphine et j'ai de nouveau été transfusée. J'ai passé une radio. J'ai hurlé tout le samedi et le dimanche. On m'a posé une sonde gastrique car je vomissais tout le temps. Chir, anesthésiste et infirmière, ils m'ont tous dit que ce n'était rien. J'ai eu mon examen le lundi et je suis repassée au bloc : « une petite reprise au bloc, ça arrive » (Personne hospitalisée, victime d'infection nosocomiale, témoignage oral)*

## **2.2 Des soins réalisés avec violence**

La douleur est parfois due à une autre forme de maltraitance physique qui consiste à imposer des gestes invasifs sans préparation préalable, sans explication, voire avec une véritable brutalité.

*« Il avait des caillots dans la vessie, il souffrait... La maltraitance, c'est aussi quand on le retournait avec brutalité pour lui changer la sonde, le brancardier qui arrache un drain en le remettant dans son lit » (Père d'enfant hospitalisé, témoignage oral)*

## **3. Le respect de la dignité**

Parmi les témoignages recueillis, il est apparu que le droit élémentaire au respect de la dignité n'était pas toujours respecté.

Ainsi ont été souvent citées les atteintes à la pudeur liées notamment au manque de discrétion dans la gestion du « petit linge », l'incontinence, et le sentiment d'infériorisation et d'humiliation qui les accompagnent. Le défaut d'hygiène ou d'égards (protections changées seulement une fois par jour, absence de nettoyage des aliments renversés) est également rapporté. Ces atteintes à la dignité s'accompagnent d'un sentiment d'abandon.

### **3.1 L'atteinte à l'intimité et à la confidentialité**

Souvent, ce sont des atteintes à l'intimité corporelle qui sont relevées. L'établissement de santé est un lieu où le rapport au corps et à la nudité est particulier, puisque les professionnels travaillent sur des corps souvent tout ou en partie dénudés. Les patients, les proches le vivent difficilement tout en l'acceptant dans le cadre des soins. Mais l'exposition devant des personnes qui n'ont pas de rôle dans le soin, l'exposition prolongée ou non justifiée sont très mal vécues.

*« Quand je suis arrivée en juin, il n'y avait pas de rideau à ma chambre et je peux vous dire que c'est dur, quand vous êtes nue sur un lit, branchée dans un bâtiment en L. J'ai dû me bagarrer pendant 10 jours pour que la surveillante générale vienne et que je puisse avoir mon rideau » (Personne hospitalisée, victime d'une infection nosocomiale, témoignage oral)*

Il est attendu des professionnels qu'ils fassent preuve de tact, si bien que lorsque l'attitude des professionnels ajoute encore à l'atteinte à la pudeur, le ressenti est encore plus négatif.

*« J'ai eu aussi le chirurgien qui entre dans la chambre, j'étais aux toilettes. Je lui ai demandé « pouvez-vous sortir ? Cela me gêne » « Non, moi ça ne me gêne pas » Il m'a fait ça à deux reprises. C'est des leçons de savoir-vivre qu'il faut leur donner » (Personne hospitalisée, victime d'une infection nosocomiale, témoignage oral)*

### **3.2 L'hygiène corporelle, l'hygiène de la chambre et les traitements dégradants**

L'hygiène de la chambre peut être considérée comme un « marqueur » du regard que l'institution pose sur l'individu. La propreté de la chambre n'a pas un impact seulement sur le confort de la personne mais aussi sur l'image de soi. Les patients ressentent vivement ce qu'ils vont interpréter comme une atteinte à leur dignité.

*« Quand j'étais en isolement dans ma chambre, il y avait un sac-poubelle suspendu à ma perfusion, où on mettait les seringues, les compresses, les draps souillés et tout restait dans la chambre » (Personne hospitalisée, victime d'une infection nosocomiale, témoignage oral)*

Les témoignages mentionnent fréquemment des traitements dégradants où les garnitures sont imposées aux patients, mis dans une situation de régression difficilement acceptable. Au-delà de la question du respect de la dignité de la personne, les « couches » imposées peuvent provoquer une incontinence chez des personnes continentes et marquer le point de départ d'une dégradation de l'autonomie. Les proches se montrent souvent choqués de cette décision, d'autant que parfois les protections sont avant tout destinées au confort des professionnels qui peuvent ainsi échapper à l'urgence, quitte à laisser les patients « mariner » quelque temps.

Une patiente se montre particulièrement satisfaite d'un établissement où les aides-soignantes ont proposé régulièrement le bassin, lui rappelant que cela ne les gênait pas. Elle a salué cette capacité d'anticiper les besoins du malade.

*« Ici, elles m'ont dit « ne vous inquiétez pas, ne vous inquiétez pas, on est là pour ça » elles n'ont pas arrêté de me proposer le bassin » (Femme hospitalisée, témoignage oral)*

## **4. La maltraitance liée à certains contextes de soins : des situations à risque**

Plus la situation médicale du patient accroît son niveau de dépendance à l'égard de son environnement et plus le risque de maltraitance est grand.

### **4.1 La réanimation**

L'expérience de la réanimation est une expérience difficile à vivre à plusieurs égards<sup>5</sup> ; le pronostic vital est en général en jeu ce qui suscite beaucoup d'inquiétude de la personne hospitalisée et de ses proches. Les soins sont techniques, lourds et nécessitent une observation permanente des malades, ce qui conduit à une absence quasi totale d'intimité.

Pour toutes ces raisons, le malade est souvent considéré davantage comme un objet de soins que comme un individu ayant sa volonté propre et des besoins d'accompagnement ; les professionnels, concentrés sur leur technique, peuvent en oublier qu'ils ont en face d'eux des personnes. Par ailleurs les proches des malades sont souvent éloignés d'eux.

Au titre de la technicité, tout est justifié : la nudité des corps comme l'inconfort de l'hospitalisation. La réanimation est un monde à part, où le rapport au corps est particulier, un monde qui se situe en dehors du temps.

*« Il y avait une infirmière, elle m'avait apporté une petite radio, car en réa il n'y a ni radio, ni télé, rien du tout. C'est important quand quelqu'un fait quelque chose pour vous... pour le moral c'est important » (Personne hospitalisée, témoignage oral)*

La présence des proches en réanimation reste encore un sujet de désaccord entre l'entourage du patient et les professionnels. La mise à distance des proches est souvent mal vécue à un moment où ces derniers craignent de perdre l'un des leurs.

Cette situation est d'autant plus incompréhensible que certains services de réanimation fonctionnent avec des plages horaires élargies. Ainsi, une personne hospitalisée raconte une expérience qu'elle a eue en tant que proche, quelques mois auparavant, lors de l'hospitalisation en réanimation de son mari :

*Épouse : « Mon fils m'emmenait le matin et venait me rechercher le soir. Alors je passais toute la journée en réanimation »*

*Enquêteur : « Vous étiez autorisée en réanimation ? »*

*Épouse : « Oui, ils m'ont dit qu'au contraire, ça l'aidait beaucoup »*

---

<sup>5</sup> Sur l'expérience des patients en réanimation, voir notamment Marie-Christine Pouchelle, *L'hôpital ou le théâtre des opérations, Essais d'anthropologie hospitalière 2*, Paris, Seli Arslan, 2008.

*Époux : « Je dormais beaucoup aussi. J'étais souvent avec le masque et je dormais beaucoup »  
Epouse : « Il dormait beaucoup, alors je lui tenais la main comme ça et ils m'ont dit si on avait plus de gens comme vous, on sauverait plus de personnes. [...] La chirurgienne qui s'occupait de lui m'a dit : « Vous avez fait autant de travail que nous » (Femme d'une personne hospitalisée, témoignage oral)*

Le partenariat entre les professionnels et l'entourage est donc possible et la présence des proches n'est pas nécessairement un obstacle au soin.

#### **4.2 Les urgences**

Les personnes qui ont recours aux urgences arrivent avec une attente forte vis-à-vis de l'établissement de santé et ressentent une anxiété importante.

C'est ce qui explique que, malgré des délais d'attente parfois très longs et des informations parcellaires, les personnes restent aux urgences, dans l'espoir d'être finalement prises en charge et de voir un médecin.

L'un des principaux reproches exprimés par les patients sur l'accueil aux urgences, ce n'est pas tant l'attente, qui est anticipée, presque admise, mais l'incertitude, l'impression qu'ont le patient et ses proches d'avoir été oubliés.

Le sort réservé aux proches est le même qu'en réanimation, c'est-à-dire la mise à distance.

*« Une personne qui a eu un accident et qui est emmenée aux urgences se retrouve ainsi totalement coupée du monde. Je n'ai jamais vu de maltraitance physique mais une véritable maltraitance psychologique par le fait de couper ainsi les patients du reste du monde. Ils deviennent la propriété de l'hôpital » (Bénévole associatif, témoignage oral)*

#### **4.3 La fin de vie**

La douleur qui marque les périodes de fin de vie et la survenue de la mort rendent encore plus insupportable tout manque d'humanité, tout défaut d'accompagnement ou d'information, toute attitude déplacée. Et pourtant, de nombreux témoignages de proches ont porté sur cette phase difficile. La fin de vie ne correspond plus à une logique curative, logique dominante pour un établissement de santé, ce qui déstabilise les professionnels et les conduit parfois à avoir des attitudes inadaptées.

Ces situations sont parfois marquées par une violence envers la personne hospitalisée et peut-être plus encore envers ses proches, à qui on confisque la fin de vie de leur parent, à qui on ne permet pas d'être présents au dernier moment, à qui on ne permet de faire leur deuil. Ces témoignages sont souvent poignants.

#### **4.3.1 L'annonce de la mort prochaine**

La première condition pour permettre cette prise en charge adaptée et une présence renforcée des proches est que la fin de vie et l'imminence de la mort soient « parlées ».

Ce père d'un jeune homme gravement malade reproche aux professionnels de ne pas les avoir correctement avertis, lui et la mère, voire d'avoir pris des décisions sans leur en parler ; leur fils est mort le lendemain des échanges restitués dans cet extrait :

*« Le médecin poursuit en nous disant que pour éviter des angoisses la nuit, ils ont prévu d'administrer un sédatif à Jérôme, sans nous en dire plus. Aujourd'hui avec le recul, je suis persuadé qu'ils connaissaient, suite à l'intervention, l'issue finale et qu'ils l'avaient programmée, à cet instant précis, ils auraient dû nous tenir informés, nous préparer à cette éventualité.[...] Je trouve Valérie en pleurs dans le couloir. Elle m'explique que le médecin lui a annoncé que Jérôme va recevoir, en complément de la morphine et du Rivotril, une injection d'un sédatif qui va couper toute communication, qu'elle ne comprend pas pourquoi ils veulent couper la communication avec Jérôme.»<sup>6</sup>*

#### **4.3.2 Pouvoir accompagner son proche en fin de vie**

Pour les familles et les proches des personnes en fin de vie hospitalisées, il semble évident que leur présence est indispensable, d'autant que les professionnels ont rarement suffisamment de temps à consacrer à ces patients et y sont peu préparés.

*« L'interdiction d'assister ma mère dans ses derniers jours, interdiction qui n'a été levée que très tardivement, à un stade où ma mère n'était plus consciente... » (Fille d'une personne hospitalisée, témoignage écrit)*

*« Le lendemain du décès de notre père, il nous a été stipulé que l'un de nous aurait pu rester à son chevet la nuit. N'ayant pas connaissance de cette possibilité, le non-accompagnement de notre père se rajoute à la souffrance de l'avoir perdu » (Fille d'une personne hospitalisée, témoignage écrit)*

Dans l'exemple qui suit, est très bien décrite la manière avec laquelle des pratiques routinières conduisent à l'éviction d'une mère. Les professionnels ont-ils pris le temps d'écouter cette mère ? Se rendent-ils compte de sa mise à distance ? Comment associent-ils les parents à la décision qu'ils sont en train de prendre ? La violence faite à cette mère reste certainement méconnue par les professionnels.

*« À côté, un petit garçon va moins bien. Sa maman est désespérée. Elle me dit qu'elle n'a jamais pu rester avec son fils. À chaque fois que je vais le voir, me dit-elle, il va mal. Il fait quelque chose. Je finis par croire que c'est de ma faute. Elle a accouché prématurément il y a*

---

<sup>6</sup> Philippe Costes, *Le printemps blanc, non-assistance à famille en danger*, Les éditions de l'officine, Paris, mars 2007.

*un mois ou deux et son petit a déjà subi plusieurs interventions. Les médecins sont pessimistes et parlent d'arrêter les soins. Tous les jours elle vient. Tous les jours elle est refoulée » (Mère d'un bébé hospitalisé, témoignage écrit)*

### **Chapitre 3 Les professionnels et la maltraitance ordinaire**

S'interroger sur la maltraitance « ordinaire » en établissement de santé, c'est aussi s'efforcer de comprendre comment le monde professionnel appréhende ce phénomène. Pour cela, des professionnels des établissements de santé et des « référents » sur la thématique de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance ont été rencontrés. Il ne s'agissait pas de « redoubler » l'étude approfondie des témoignages d'usagers par une étude systématique des perceptions des professionnels et/ou des facteurs de la maltraitance. Il était souhaité que soient proposés un contrepoint et une première approche, limitée, des facteurs de la maltraitance « ordinaire », complétant ainsi les éléments déjà existants notamment dans les travaux du Comité de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées<sup>7</sup>, de l'Igas<sup>8</sup> et de l'Anesm<sup>9</sup>.

Les entretiens ont duré en moyenne une heure et demie à deux heures. La longueur de ces entretiens témoigne à la fois d'un intérêt pour le sujet mais aussi parfois du mal-être, de l'indignation, du sentiment d'impuissance ressentis par les professionnels. Tous les professionnels interrogés montrent une sensibilité à ces questions et identifient diverses situations de maltraitance « ordinaire » auxquelles ils ont pu assister ou qu'ils perçoivent et dénoncent.

---

<sup>7</sup> *Gestion des risques de maltraitance en établissement : méthode, outils, repères. Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées, ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. Paris, 2007.*

<sup>8</sup> *Évaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mis en œuvre par les services de l'État dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Rapport, F. Bas-Théron, Ch. Branchu, Inspection générale des affaires sociales. La documentation française, Paris, 2006.*

<sup>9</sup> *Anesm, La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, août 2008.*

*Anesm, Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, décembre 2008.*



## **1. La reconnaissance du phénomène par les professionnels**

### **1.1 Un phénomène reconnu, insidieux et difficile à quantifier**

Les professionnels rencontrés ont confirmé et dénoncé le caractère insidieux et banalisé du phénomène de maltraitance « ordinaire ». Les soignants, pris dans les tâches à effectuer, n'ont plus le recul nécessaire pour apprécier les conséquences de leurs actes ou de leurs paroles. Cette banalisation des situations de maltraitance rend difficile leur dénonciation et c'est parfois toute une organisation maltraitante qui s'est instituée progressivement et qui est tolérée voire acceptée par les soignants.

*« La maltraitance, c'est comme les infections nosocomiales, cela ne devrait pas arriver, c'est intolérable, mais les professionnels s'y sont habitués. Il faut les sensibiliser pour que de nouveau ils se rendent compte que ce n'est pas acceptable (...). Attendre pendant plus d'une heure debout dans le couloir pour l'admission d'un proche gravement malade, c'est maltraitant. Ça je peux le voir en allant me promener dans l'hôpital. C'est de la maltraitance « administrative » (Directrice d'hôpital)*

*« Qu'est-ce que c'est la maltraitance aujourd'hui au quotidien ? Ce sont autant de décisions que l'on impose au malade et à ses proches sans leur permettre de rien anticiper. C'est de les tenir dans l'incertitude de la sortie jusqu'au jour J où on leur demande de repartir avec leur parent sans avoir eu le temps de s'y préparer » (Directrice d'hôpital)*

La banalisation et l'acceptation de gestes limites surviennent quand la priorité n'est plus la personne malade mais l'organisation hospitalière et ses professionnels. Les contraintes de l'organisation peuvent conduire à accepter des comportements limites, voire délictuels, de certains soignants.

La dénonciation de ces agissements par des collègues devient difficile, *a fortiori* si ce sont des nouveaux professionnels, non légitimes pour prendre la parole et remettre en cause ces façons de faire. Et on assiste alors à un mécanisme particulier : dans un service fonctionnant de manière maltraitante, seuls ceux qui l'acceptent restent.

*« Le personnel soignant qui arrive dans un service, soit il tente de résister et parfois part. Soit il entre dans le moule, fait la même chose et on assiste à un phénomène de banalisation de la maltraitance : les douches forcées, le chantage (tu n'auras pas de dessert)... » (Formatrice auprès de personnels soignants)*

Les professionnels évoquent la difficulté d'en apprécier l'ampleur : la nature de la maltraitance, sa banalisation et le contexte qui la pérennise voire l'officialise expliquent la difficulté à l'identifier précisément.

## 1.2 L'identification de secteurs et de situations à risque

Alors que les situations décrites par les témoignages des patients et de leurs proches touchent toutes les populations ayant recours aux établissements de santé, la plupart des professionnels interrogés ont orienté leur propos sur les difficultés spécifiques des personnes accueillies en services de gériatrie.

*« En conclusion, je ne pense pas que ce soit en pédiatrie que l'on rencontre les plus grandes difficultés. La maltraitance, on la retrouve surtout auprès des personnes âgées, en gériatrie : la façon de parler, le plateau qu'on laisse à distance... La gériatrie c'est dur. [...] L'autre différence entre la pédiatrie et la gériatrie, c'est qu'il y a beaucoup plus de bénévoles auprès des enfants » (Pédiatre)*

Le sentiment général est qu'un certain nombre de difficultés est concentré dans les services ou les établissements gériatriques et que, plus généralement, la dépendance due au grand âge représente une situation à risque de maltraitance.

Les enfants ont été au cœur de nombreux témoignages de patients ou de proches alors qu'ils apparaissent peu dans les préoccupations des professionnels lorsqu'ils évoquent les situations à risque de maltraitance. La présence des parents qui s'est généralisée au cours des dernières années est certainement perçue par les professionnels comme une protection, la présence du tiers étant une des composantes de la lutte contre la maltraitance.

Cette différence de perception souligne la différence de positionnement et une perception différente de la vulnérabilité entre professionnels et usagers. Les professionnels visent presque exclusivement ceux qu'ils considèrent comme les plus fragiles et essentiellement les personnes âgées. Cette perception s'explique sans doute par l'antériorité de la réflexion sur la maltraitance dans le secteur médico-social et notamment la mise en lumière des situations de maltraitance des personnes âgées résidant en établissement.

Cependant, même lorsque leur premier réflexe a été de poser que la maltraitance existait peu en dehors de la gériatrie, tous les professionnels interrogés ont ensuite multiplié les exemples vécus dans d'autres champs professionnels<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> On notera aussi, que, même cantonnée à la prise en charge des personnes âgées, cette réflexion sur la maltraitance « ordinaire » est nécessairement transversale à l'ensemble des activités hospitalières.

### **1.3 La perception des différents types de maltraitance**

#### **1.3.1 L'atteinte à la dignité**

Avec des mots différents, des témoignages de nature différente, les professionnels ont évoqué les attitudes de certains professionnels comme une source d'humiliation pour les personnes hospitalisées.

En premier lieu, les professionnels évoquent la manière de s'adresser aux personnes, en les infantilisant, en les tutoyant, en les appelant par des petits noms. La plupart des professionnels ont été sensibilisés à ces pratiques, ce qui explique qu'ils ciblent bien ce type d'attitudes dont il semble désormais acquis qu'elles ne sont pas acceptables. Ces comportements sont suffisamment identifiés maintenant pour être combattus, même si les professionnels interrogés font le constat qu'ils existent toujours.

De même, concernant ce que l'on appelle pudiquement « la gestion des éliminations », l'encadrement est conscient du réflexe qui conduit certains professionnels à continuer de mettre des protections à la majorité des personnes dépendantes du fait de leur âge ou d'une intervention chirurgicale invalidante.

Les professionnels interrogés ont d'ailleurs relevé le malaise de tous, professionnels comme malades, autour de cette question :

*« La gestion des éliminations est quelque chose de complexe : les malades eux-mêmes ont parfois peur de gêner, n'osent pas appeler, acceptent voire demandent des couches pour ne pas déranger les professionnels... » (Cadre de santé)*

Le mépris que certains responsables peuvent manifester pour ces « basses tâches » participe de la difficulté. On peut alors évoquer une responsabilité élargie sur l'incapacité collective à gérer correctement ce qui relève du respect élémentaire de la personne, et de la qualité des soins en général.

#### **1.3.2 Le défaut d'information**

Si les professionnels posent un regard proche de celui des patients sur les questions de la maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé, la question de l'information fait apparaître une divergence de point de vue. En effet, alors que cette question semble récurrente dans les motifs de réclamations des malades et de leur entourage, aucun professionnel interrogé ne l'a soulevée de manière directe.

On peut faire l'hypothèse que les professionnels sous-estiment les attentes des patients sur ce sujet. Il existerait donc une contradiction latente entre les conceptions des professionnels et les aspirations des usagers à l'autonomie. Les professionnels semblent davantage se reconnaître ou

se situer dans un comportement « bienfaisant » à l'égard du malade et ne vont pas nécessairement jusqu'à l'idée d'une bienveillance qui permet le respect de l'autonomie de la personne. Quand la notion d'autonomie est mobilisée par les professionnels, il s'agit surtout d'une autonomie de type fonctionnel : savoir manger seul, pouvoir faire sa toilette seule...

## **2. Les causes de la maltraitance « ordinaire » selon les professionnels**

Les professionnels ne sont pas ou rarement maltraitants de manière volontaire ; leur vocation n'est pas de malmenager les malades et leurs proches. Il est donc apparu essentiel de s'interroger sur les raisons de ces comportements maltraitants : comment est-ce possible qu'à un moment donné, un individu « dérape », fasse preuve de brutalité physique ou psychique vis-à-vis de malades ou de proches et développe des pratiques humiliantes ou plus banalement ne soit pas attentif aux besoins élémentaires d'une personne ?

L'une des hypothèses avancées par les professionnels interrogés est que des professionnels malmenés par l'institution hospitalière deviennent plus sûrement des professionnels maltraitants. Les entretiens avec les professionnels ont eu notamment pour objet de repérer les causes, les facteurs qui, du point de vue des professionnels, peuvent expliquer le phénomène de maltraitance « ordinaire ». Le ressenti des professionnels, « pris au sérieux », au même titre que celui des patients et de leurs proches peut donc aider à comprendre dans quelle mesure les conditions de travail ou l'environnement professionnel peuvent favoriser des comportements maltraitants ou au contraire construire un cadre de référence solide, permettant de s'inscrire davantage dans une démarche de bienveillance.

### **2.1 La souffrance des professionnels**

#### **2.1.1 La confrontation avec la souffrance des patients**

Le travail des soignants les confronte à des situations de souffrance vécues par les personnes malades. La souffrance ressentie par un patient peut susciter un sentiment d'impuissance chez les professionnels, en particulier dans les situations de fin de vie, risquant alors de provoquer chez eux des comportements maltraitants.

*« On a eu ainsi le cas d'une femme qui avait une nécrose du bras, autrement dit cette femme avait une partie de son corps déjà mort. C'était très dur pour les personnels et ils souhaitaient la voir mourir, (...) ils ne supportaient plus les soins à faire » (Cadre de santé)*

Face à la souffrance des patients, en particulier celle induite par les soins, les professionnels vont développer des mécanismes de défense qui peuvent les conduire à aborder le corps comme un objet et à oublier la personne.

*« En réalité, en réa, il n'y a pas d'usager. Il dort, il meurt... C'est d'une extrême violence. Nous ne sommes pas dans un service qui révèle des passions, on a au contraire un turn-over important car les gens ne tiennent pas. C'est difficile dans ce contexte de rester proche des malades » (Médecin réanimateur)*

Cette situation, difficile à vivre lorsque les soins sont indispensables à la survie de la personne, devient intolérable lorsque les soins sont perçus comme inutiles. Le sentiment de certains soignants d'être contraints à réaliser des soins qu'ils considèrent comme disproportionnés apparaît comme l'une des sources de comportement maltraitant dans les situations de fin de vie.

*« En réa, ce qui est spécifique, ce sont les différences de points de vue entre les infirmières et les médecins, sur le fait de continuer ou non les soins ou de les abandonner... Les infirmières le vivent alors comme de l'acharnement thérapeutique, et ont le sentiment d'être violentes dans leurs soins... Surtout si les soins sont poursuivis le temps que la famille soit prête. On se retrouve alors à arbitrer entre l'intérêt du patient et l'intérêt de la famille. À ce moment là les infirmières sont mal et cela peut être source de maltraitance. En réa, les IDE témoignent de leur souffrance, de leur épuisement dus en partie à leur sentiment de ne pas être éthique » (Médecin réanimateur)*

### **2.1.2 Des conditions de travail difficiles**

Les professionnels soulignent unanimement l'aggravation de la tension entre la quantité de travail demandé et les moyens mis à disposition, tension qui suscite parfois des dérives dommageables à la relation de soins.

*« Vu le contexte actuel à l'hôpital, il y a peu d'effectif, un fort taux d'absentéisme, des personnels épuisés. Avec les restrictions budgétaires, on évite de remplacer les personnels qui s'en vont. Les personnels vont au plus pressé, on n'a pas le temps de se poser, on éprouve beaucoup de frustration. Il y a un problème dans la relation d'aide, on doit prendre le temps d'une écoute active, or on n'a plus ce temps » (Cadre de santé)*

Au cours des entretiens, les professionnels ont tous rapidement évoqué les difficultés qu'ils rencontraient du fait d'effectifs insuffisants en regard des tâches à assurer. La réduction des effectifs, l'absentéisme font peser sur les professionnels des contraintes de temps qui les conduisent à arbitrer en faveur des actes techniques et de la coordination, au détriment du temps passé à la relation, au lit du malade.

Si l'impact des difficultés liées au manque de moyens humains ne peut être nié, certains professionnels, ayant une expérience multiple dans divers services, l'ont toutefois relativisé. Selon eux, comme on le verra, les facteurs de la maltraitance des malades et de leurs proches ne se résument pas seulement à une insuffisance de moyens, mais relèvent aussi d'une réflexion plus générale sur l'organisation des établissements de santé et de la capacité de l'ensemble de l'encadrement à poser les conditions d'une démarche de bientraitance.

### **2.1.3 Des rapports complexes avec les patients et leurs proches**

La prise en compte des demandes des patients n'est pas toujours aisée dans un cadre hospitalier et peut susciter des tensions, voire des conflits entre le malade, sa famille et les professionnels. Cette tension peut être temporaire, par exemple dans le contexte spécifique de l'urgence, où les professionnels ne prennent pas le temps d'écouter et d'échanger avec le patient ou ses proches : les professionnels considèrent l'abord technique et les actes à réaliser comme prioritaires sur la relation avec le patient et les proches ; tandis que ces derniers sont dans une attente particulièrement forte d'information et de paroles rassurantes.

*« Quand il y a une urgence, on s'occupe d'abord de l'enfant, on ne s'occupe absolument pas des parents. Il y a un psy présent aux urgences pour parler avec les parents en attendant que les médecins prennent le temps de les rencontrer... et encore, les premières informations sont toujours très réservées. Après, en cours d'hospitalisation, ce n'est pas nécessairement plus simple : le personnel infirmier est toujours débordé. [...]. Les parents sous le coup de l'angoisse peuvent demander 15 fois la même chose à 15 interlocuteurs différents. Il y a surtout des parents qui sont pénibles... il est arrivé qu'il y ait besoin d'en mettre dehors » (Pédiatre)*

Les professionnels peuvent se sentir agressés par les revendications des familles, notamment en pédiatrie. Cette situation a des effets délétères conduisant les professionnels à se replier sur eux-mêmes. L'agressivité monte de part et d'autre, avec toujours comme principale victime la personne hospitalisée.

*« Quelques parents sont particulièrement exigeants : ils invoquent sans cesse la charte de l'enfant hospitalisé pour revendiquer des services, des organisations spécifiques or, dans les faits, la charte n'est pas toujours applicable telle quelle. Parfois les parents outrepassent leurs droits et il est nécessaire de leur rappeler quelques règles, ce qui n'est pas toujours fait de manière très diplomate » (Pédiatre)*

L'agressivité des familles à l'égard des personnels a été citée de manière récurrente comme un facteur de la maltraitance en général. La thématique revient dans le discours des professionnels aussi fréquemment que celle du manque de moyens. On ne citera ici qu'un seul exemple :

*« Ce qui est nouveau dans les unités de soins palliatifs, c'est la violence qui fait irruption de la part des familles, à l'encontre des personnels, ce qui produit un changement de comportement des familles. Les personnels mis à mal par les familles ont à leur tour des réactions de violence verbale à l'égard des familles et des patients. Par ricochet cela produit de la maltraitance à l'égard des malades. En effet, cela peut conduire à limiter la présence des familles, voire à décider du retour à la maison d'un patient (exclusion). Cela nous est arrivé une fois, on a préparé le retour, mais on a été contraint de renvoyer le patient chez lui. Pendant longtemps, les unités de soins palliatifs ont été épargnées par ce phénomène de violence ; le parcours du combattant pour trouver une place faisait que seules les classes sociales les plus privilégiées y parvenaient et que par ailleurs, cela avait été tellement difficile, qu'ils étaient très*

*reconnaisants et n'osaient rien dire. Maintenant on a trop parlé des droits des malades et pas assez de leurs devoirs : les familles se positionnent sur des exigences et des récriminations » (Cadre de santé)*

## **2.2 Des questions organisationnelles**

### **2.2.1 L'importance de l'encadrement**

Les personnes interrogées l'ont souligné : l'encadrement, que ce soit l'encadrement au sein des services ou la direction de l'établissement de santé, a un rôle fondamental en matière de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance.

Dans un contexte d'insuffisance du personnel et de *turn-over* important, c'est le cadre qui va permettre la continuité, la cohérence du projet de service et de prise en charge. C'est pourquoi sa présence constante et son travail d'observation sont si importants.

Lors des entretiens, des témoignages en positif et en négatif ont montré à quel point le rôle de l'encadrement de proximité était crucial : il est le garant du fonctionnement collectif, du respect des règles. Cela implique de valoriser certains comportements et d'en sanctionner d'autres. La fonction de cadre implique aussi une présence constante dans les services.

*« Être cadre, c'est être en permanence dedans et dehors, se montrer vigilant. Si je passe mon temps en réunion, cela se délite sur le terrain sauf pour les professionnels très consciencieux et il y en a. Mais si on se repose sur eux, un jour ils craquent et s'arrêtent » (Cadre de santé)*

### **2.2.2 Une organisation des soins rigide et mal adaptée**

Les personnes hospitalisées comme leurs proches ont souvent le sentiment que l'hôpital est organisé par rapport à lui-même et aux contraintes des professionnels et peu en fonction de leurs attentes et de leurs besoins. Les témoignages des professionnels corroborent cette perception. La pression exercée par l'organisation sur les professionnels dans leur exercice quotidien est effectivement perçue comme une source de maltraitance à l'égard des malades.

Certaines organisations semblent immuables alors que le contexte a changé, que les aspirations des personnes sont différentes, et qu'elles pourraient donc être remises en question et modifiées.

*« Cela est entretenu par la rivalité entre les équipes : ce qui n'est pas fait le matin doit être fait l'après-midi. Les horaires sont trop stables, même si ça change. Il y a donc une plainte sur ce que ne font pas les équipes du matin ou de l'après-midi ou de la nuit. Il serait vraiment préférable de repenser une répartition des tâches dans la journée » (Cadre de santé)*

### **2.2.3 Un manque de professionnels formés et stables**

Au travers des témoignages des professionnels, on repère qu'au-delà de la question des effectifs, c'est aussi la qualification des personnels qui peut poser problème.

Le *turn-over* important des professionnels, leur manque de formation spécifique aux pathologies prises en charge, leur motivation relative, tout concourt à dresser un tableau parfois assez noir de la situation.

*« On ne peut pas parler de maltraitance sans évoquer les problèmes à régler : il est nécessaire d'avoir plus de personnel, d'avoir plus de temps. Il est aussi nécessaire de former les personnels mais là aussi il faut du temps et du personnel » (Médecin réanimateur)*

La gériatrie présente à ce niveau une spécificité, selon les professionnels interrogés. En effet, le secteur des personnes âgées cumule les difficultés générales du secteur hospitalier avec les handicaps liés à une politique de gestion du personnel présentée comme « absurde ».

*« Par ailleurs on a souvent mis dans les services de gériatrie les personnels « à problèmes » : c'était la punition. Donc c'est difficile à contenir quand les gens sont là contraints et forcés et non par choix. Il faudrait donc travailler sur la motivation » (Cadre de santé)*

Plus généralement, les professionnels ont décrit un cercle vicieux qui tend à précariser la production des soins : la réduction des effectifs entraîne des difficultés dès qu'un professionnel manque. Son absence de remplacement fait porter aux autres une charge de travail trop lourde. S'il est remplacé, le nouvel arrivant ne connaît pas le service, les patients, les protocoles...

## **2.3 Des politiques publiques et des dispositifs d'amélioration parfois mal perçus**

### **2.3.1 La personnalisation de la prise en charge et la standardisation des soins**

La prise en charge dans les établissements de santé doit répondre à deux exigences qui peuvent s'avérer contradictoires : personnaliser la prise en charge des malades et répondre aux critères de standardisation des soins.

Selon les professionnels interrogés, il peut être difficile aujourd'hui de concilier des pratiques qui répondent à des critères standardisés et celles permettant une prise en charge globale du malade.

On sent bien l'ambivalence des professionnels sur ces questions.

*« Quel intérêt des procédures de certification et autres démarches d'évaluation ? Je suis mitigé : j'y vois un intérêt certain. [...] C'est clair que la mise en place d'un protocole peut aider à ne pas oublier certaines étapes, cela permet de faire le point sur ce qui a été fait et ce qui n'a pas été fait. Par contre on ne peut pas s'arrêter à ça, si on plonge dans trop de formalisme,*



*cela produit du vent. Il faut réintroduire de l'humain, de la subjectivité, entretenir le lien social et humain » (Psychiatre)*

*« La maltraitance survient aussi par la multiplication des protocoles qui constituent un obstacle à la spontanéité, à la relation humaine. On pensait aider les professionnels à s'extraire des considérations techniques pour se recentrer sur la relation humaine et c'est l'inverse qui s'est produit » (Chargé de mission)*

### **2.3.2 Des réformes hospitalières et des instruments de régulation incriminés**

Enfin, les personnes interrogées pointent un impact des politiques publiques et des outils de gestion et de régulation sur l'organisation des établissements de santé, et l'ambiance bienveillante ou maltraitante des services.

*« La structuration de l'offre de soins, l'organisation et la gestion des établissements de santé sont autant de facteurs qui expliquent la maltraitance » (Directrice d'hôpital)*

Dans le discours des professionnels, l'introduction de la « T2A »<sup>11</sup> fait figure de « repoussoir » et de symbole de l'ensemble des réformes du système de santé. Il est en particulier reproché à cet outil d'avoir décalé les préoccupations des professionnels sur les dimensions financières.

*« À l'heure actuelle, on est dans une situation où les personnels sont fatalistes : ils subissent les transformations du système, sans y participer. Il y a de moins en moins de personnels pour répondre aux besoins des malades. La mise en place de la T2A à cet égard a été très négative : les organisations et les personnels se situent plus dans des considérations d'ordre économique. Toutes les préoccupations tournent autour de la recherche d'économie. Nous en sommes à une perte du sens de nos organisations. La [certification] V2010 arrive à un moment où le discours quanti blackboule le discours quali. Les personnels cherchent avant tout à survivre dans un contexte économique de plus en plus contraint. Alors les dimensions qualitatives... (...) On met des rustines partout mais pas de révision en profondeur » (Directrice d'hôpital)*

La réorganisation par pôles dans les établissements publics est critiquée. Le rattachement des professionnels à un pôle plutôt qu'à un service spécifique contribuerait au désinvestissement des professionnels par rapport au fonctionnement quotidien et à l'accompagnement des personnes hospitalisées.

*« Le changement permanent de services pour les personnels est réellement facteur de désinvestissement. Ils continuent de bien travailler sur un plan technique mais par contre ils n'investissent plus les aspects humains : on ne sait pas qui est le patient » (Cadre de santé)*

---

<sup>11</sup>« Tarification à l'activité » : outil d'allocation des ressources aux établissements de santé.

### **3. La mobilisation des professionnels contre le risque de maltraitance et en faveur de la bientraitance**

Les professionnels interrogés ont tendance à appuyer leur discours sur des conceptions implicites de la bientraitance. Plus rarement, une définition explicite nous a été donnée :

*« La promotion de la bientraitance, c'est le maintien de l'autonomie des personnes. Il s'agit là du rôle d'éducation des infirmières, il s'agit de valoriser leur rôle propre. Le danger c'est de laisser les personnes glisser et notre rôle est de prévenir ce phénomène : lien étroit entre bientraitance et maintien de l'autonomie » (Cadre de santé)*

*« Qu'est-ce que la bientraitance ? C'est un effort collectif d'individualisation pour et avec l'autre. Cela s'inscrit dans le respect de la dignité de l'autre. La bientraitance c'est en plus : de la sollicitude, de l'éthique, du doute. La bientraitance c'est une DEMARCHE COLLECTIVE, cela relève d'un management organisé » (Chargé de mission)*

#### **3.1 Prévenir la maltraitance**

##### **3.1.1 Former les professionnels pour les sensibiliser**

La première des mesures de prévention de la maltraitance fréquemment mise en œuvre consiste à former les professionnels. Organiser une formation sur ce sujet présente plusieurs intérêts : sensibiliser les professionnels sur l'existence de la maltraitance, leur donner les éléments de connaissance et de recul pour mieux repérer et identifier les situations à risque et les situations de maltraitance avérées. Ces formations ont pu se faire sous une forme assez conventionnelle néanmoins axée sur l'échange d'expériences, ou sous une forme plus originale comme par exemple celle de « théâtre Forum »<sup>12</sup>. Ce temps de formation est souvent la première étape franchie par les établissements, afin que chacun puisse disposer d'un socle commun de connaissances sur le sujet.

En outre, comme cela est apparu précédemment, la place de l'encadrement est cruciale pour impulser et relayer une politique de prévention de la maltraitance. Situés dans la hiérarchie, leur regard vis-à-vis de l'ensemble du personnel peut s'avérer valorisant et aidant pour une démarche de bientraitance ou au contraire déstructurant pour les professionnels. Pour tous les professionnels interrogés, des professionnels maltraités par leur hiérarchie ont plus de risques d'être maltraitants envers les malades. Ainsi, la formation de l'encadrement poursuit un double objectif, savoir repérer la maltraitance des malades et la prévenir mais également être attentif à ne pas maltraiter soi-même ou laisser maltraiter le personnel.

---

<sup>12</sup> Le théâtre Forum a été mis au point dans les années 60 par Augusto BOAL, homme de théâtre brésilien. Cette forme d'expression a depuis été souvent reprise pour représenter une réalité sociale conflictuelle avec situation d'oppression.

*« Après toutes ces réflexions, il est apparu important de toucher plus spécifiquement la hiérarchie, les directeurs, les médecins, l'encadrement... Donc on ajoute en plus la formation des responsables ; directeurs, chefs de services... [...] En réalité, nous allons travailler sur les principes éthiques du management, partant du principe qu'il n'est pas possible d'avoir des professionnels bientraitants, si eux-mêmes sont maltraités par leur hiérarchie. Il est donc essentiel que les responsables se positionnent éthiquement pour porter le projet. Un groupe de travail s'est constitué sur ce projet. Les deux premières réunions ont porté sur le positionnement des professionnels, sur la nécessité que l'on soit bientraitant avec les professionnels, si on veut qu'ils soient bientraitants avec les personnes hospitalisées. C'est une idée qui reste un fil rouge. Les personnels se plaignent : « On nous demande d'être bientraitants mais qui s'intéresse à nous ? On attend aussi une reconnaissance de notre travail ». C'est intéressant de voir que cela pouvait venir de médecins et de cadres qui se sont montrés très conscients et qui cherchent à faire passer les messages sans culpabiliser ni les uns ni les autres » (Chargé de mission)*

Cependant, les professionnels ont bien souligné que la formation est un moyen et non une fin en soi : elle permet aux professionnels de repérer la situation de maltraitance, ce qui implique de leur donner les moyens d'agir ensuite. Rien n'est pire que de les sensibiliser pour les laisser démunis ensuite face à des situations repérées.

*« Donc former, très bien, mais il y a des pré-requis : jusqu'où sommes-nous prêts à aller face à des situations de maltraitance ? Il faut penser la phase de dépression après la formation, au moment où on se retrouve confronté à l'écart entre les théories et la réalité » (Chargé de mission)*

*« Il y a des professionnels qui ont renvoyé le fait qu'ils se sentaient culpabilisés, ce n'est pas ce qu'on cherchait » (Cadre de santé)*

Enfin, le peu d'investissement des médecins dans ces formations a été regretté.

*« Les médecins ont très peu participé à ces formations. Cela leur a été présenté en commission médicale avec une présentation très courte, il y a eu des retours positifs sur le travail mené mais très peu se sont impliqués dans le projet : ont-ils le sentiment que cela ne les concerne pas ? Ils ne seraient pas maltraitants ? » (Cadre de santé)*

### **3.2 Lancer une dynamique de bientraitance**

Les réflexions recueillies auprès des professionnels de santé sur la mise en œuvre d'une démarche de bientraitance rejoignent celles des professionnels du secteur médico-social, pionnier dans la réflexion sur ce thème. Les axes identifiés par les professionnels interrogés dans le cadre de cette étude correspondent en grande partie à ceux dégagés pour les recommandations de l'Anesm.

*« De même en ce qui concerne les projets d'animation, il est important de débattre des besoins des personnes en réunion mais également avec elles. Il est important de connaître leur désir et de pouvoir accepter qu'elles n'aient pas envie de participer à des animations. Il faut trouver le juste milieu entre l'incitation à faire et le respect du libre choix de la personne : savoir respecter son désir » (Cadre de santé)*

Ensuite, certains services ont mené des enquêtes pour mieux appréhender les motifs de satisfaction ou d'insatisfaction et mettre en place les dispositifs qui peuvent y répondre. Ainsi, un service de réanimation s'est adjoint les compétences d'une sociologue pour mieux identifier les attentes des familles et faire évoluer l'organisation du service.

*« On a fait des études qualitatives et quantitatives à destination des familles pour identifier ce qui va et ce qui ne va pas, on a évalué le risque de dépression de ces familles et leurs attentes. Et quand on répond à leurs attentes, les familles vont mieux ! Par exemple, concernant les horaires de visites, on avait mis un groupe de travail sur l'ouverture 24 h/24 du service de réa. Le temps de visite pour les familles s'est allongé. Le résultat est très satisfaisant, nous n'avons plus cette salle d'attente pleine de familles tendues, qui ensemble devenaient agressives... Maintenant cela se dilue dans le temps, les gens ne viennent pas plus, mais c'est plus serein. Et pourtant, régulièrement, il y a quelqu'un qui de nouveau essaye de refermer le service et il faut réimposer notre point de vue : rappeler que notre priorité, c'est les malades et que si un professionnel n'est pas content, il change de service » (Médecin réanimateur)*

### **3.2.2 Prendre du recul sur son organisation et ses pratiques**

Dans les exemples cités précédemment, nous avons pu constater l'importance du regard extérieur sur les pratiques, notamment pour déceler les pratiques maltraitantes passées dans les habitudes. Ce recul est donc essentiel pour réinterroger les pratiques, d'autant que les professionnels sont parfois en souffrance face à certaines situations.

*« Il faut pouvoir prendre du recul : besoin de groupe de parole, débat éthique, analyse de pratiques... Tout est bon pour prendre du recul. Par contre lorsqu'il y a intervention d'un psy, il est indispensable qu'il vienne de l'extérieur. Autre outil : les réunions de synthèse pour analyser une situation » (Chargé de formation)*

L'enjeu est de rappeler les valeurs de la mission des soignants et du projet de service. L'une des pistes évoquées consiste à réaborder ces questions sous l'angle du rôle propre des infirmières, afin notamment de valoriser toutes ces tâches qui relèvent d'un accompagnement vers l'autonomie et qui nécessitent des savoirs spécifiques.

Ces temps d'analyse, de réflexion, doivent contribuer à construire une inscription des professionnels dans une démarche collective et rassurante.

*« Le personnel est stable car l'encadrement est solide. Ici il y a une grosse collaboration entre les médecins et les non-médecins. Tous les matins, il y a un staff qui dure plus d'une heure.*

*Cela me paraît trop long mais tout le monde y tient, médecins comme infirmières... On examine le dossier de quelques patients chaque jour. En plus, il y a une réunion hebdomadaire tous les lundis après-midi. Une semaine on s'intéresse aux nouveaux entrants, la semaine d'après on étudie les dossiers des personnes au long cours. Ces réunions qui sont très fréquentes permettent de voir le dérapage de certains au quotidien. On a des patients qui ne sont pas agressifs mais qui sont très « collants ». Il y a donc parfois un risque de repartie vive de la part des professionnels. L'un des moyens de limiter les risques de dérives et de maltraitance est de faire en sorte que les personnels ne soient jamais seuls. Dans notre service, on s'astreint à couvrir en temps médical tous les jours de la semaine » (Médecin psychiatre)*

L'organisation de certains temps « décalés » permet de renouveler le regard sur les personnes.

*« Il est important de contraindre les gens à se poser. Régulièrement, j'organisais le goûter dans le milieu de vie, ce qui permettait à tous de se poser dans une certaine convivialité et d'échanger sur tout. Les personnes âgées étaient toujours ravies » (Cadre de santé)*

Ce recul peut se faire par des temps aménagés mais également par la présence de tiers, associations, ouverture à des personnalités extérieures dans les comités d'éthiques ou intervention de professionnels d'autres disciplines :

*« En réalité, il y a un apport très riche de la présence d'un tiers. On a besoin de sciences humaines à l'hôpital. Ce regard permet d'améliorer nettement les choses... Mais on ne s'en saisit pas toujours : ce n'est pas très « viril » (Médecin réanimateur)*

### **3.3 Intégrer la bientraitance dans une approche managériale**

On a vu à quel point il était important pour les soignants de pouvoir s'appuyer sur un cadre de référence clair et solide. Les professionnels interrogés ont souligné que pour le faire vivre, un investissement et un positionnement de la hiérarchie directe mais également une présence sur le terrain de la direction sont nécessaires. La direction doit notamment s'assurer que les moyens nécessaires sont mis à disposition des professionnels.

#### **3.3.1 Responsabilité de l'encadrement de proximité**

Il a clairement été souligné que la faible mobilisation de l'encadrement était génératrice d'un délitement du fonctionnement des services et du regard porté sur les malades et leurs attentes. S'engager dans une démarche de bientraitance nécessite une mobilisation de l'encadrement.

#### **3.3.2 Responsabilité des directions d'établissements**

Au-delà du rôle déterminant de l'encadrement de proximité, il relève de la responsabilité de tout l'encadrement, en particulier de la direction de l'établissement – et au-delà, de l'ensemble des acteurs de la santé – de s'assurer que les professionnels ont les moyens de travailler correctement.

*« Il ne s'agit pas de mettre en cause les professionnels individuellement, on est bien dans de la maltraitance de type institutionnel. L'enjeu est de donner les moyens aux soignants de le faire. La place des soignants est difficile, pris entre les injonctions de la direction et les attentes des associations » (Directeur d'hôpital)*

Aussi le rôle de la direction serait de se doter des moyens d'analyser la situation de l'établissement, d'identifier des indicateurs qui permettront de repérer rapidement un service qui dysfonctionne, et ainsi d'éviter qu'il devienne un service maltraitant. C'est une véritable politique institutionnelle qui doit être mise en place.

*« Pour pouvoir mener une véritable politique de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance, il faut aller au-delà des plaintes des malades et identifier des indicateurs possibles qui révéleraient des situations de maltraitance, comme par exemple, le turn-over dans un service. Il faut travailler sur la notion de bientraitance mais aussi sur la notion de qualité » (Directrice d'hôpital)*

*« C'est là aussi le travail de la commission de relations avec les usagers (CRU) mais il faut aller au-delà du simple décompte des plaintes mais s'en servir pour une véritable analyse du fonctionnement de l'établissement et de sa possible maltraitance. On doit s'inscrire davantage dans une politique institutionnelle que dans une dénonciation des comportements individuels. La CRU doit se positionner en amont : quels sont les délais d'attentes aux urgences ? Cinq heures c'est inacceptable. Autrement dit, il s'agit en amont de repérer des axes potentiels de maltraitance et de travailler dessus. Par exemple, le moment de l'entrée et de la sortie sont des moments à risque. Que fait-on pour que cela se passe au mieux ? » (Directrice d'hôpital)*

Au-delà, pour les professionnels interrogés, la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance s'inscrivent dans un projet de société qui mérite d'être débattu plus largement, surtout en ce qui concerne les personnes âgées.

*« Il devient urgent de construire les filières de prise en charge des personnes âgées en concertation étroite avec la population : pour vos parents âgés, pour vous dans 20 ans, que souhaitez-vous ? Quel type de services ? Quels types d'établissements ? Comment peut-on encore construire des établissements dont on sait aujourd'hui qu'on ne voudra pas y vivre dans 20 ans ? » (Directrice d'hôpital)*

# L'agressivité & la violence

*Définitions et mécanismes psychologiques*

- Notes -

# Axe 3

## La pratique professionnelle au quotidien Introduction aux Recommandations de l'ANESM

La recommandation sur

« La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre »  
a un caractère de recommandation-cadre.

Elle précise les grandes orientations recommandées aux structures visées à l'article 312.1 et à l'article 313.1.1 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

### Les 4 repères

**Repère 1** - L'utilisateur co-auteur de son parcours

**Repère 2** - La qualité du lien entre professionnels et usagers

**Repère 3** - L'enrichissement des structures et des accompagnements par toutes les contributions internes et externes pertinentes

**Repère 4** - Le soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance

## Repère 1

### L'utilisateur co-auteur de son parcours

#### Donner une réalité à la liberté de choix

- Travailler dans le respect des droits et des choix de l'utilisateur
- Personnaliser l'accueil et accompagner l'intégration de l'utilisateur dans la structure
- Entendre la parole de l'utilisateur et respecter sa légitimité Développer les possibilités de relations de réciprocité entre les usagers et mettre
- en place une organisation limitant les occasions de dépendance des usagers envers les professionnels
- Être attentif au refus et à la non-adhésion pour faire évoluer la situation de manière adaptée



### l'accompagnement de l'autonomie

- Informer, premier support à l'autonomie
- Évaluer le risque et travailler à l'équilibre entre marge d'autonomie et marge d'incertitude
- Prendre en compte le rythme de l'utilisateur et l'ensemble de ses besoins

### La communication individuelle et collective

- Proposer à l'utilisateur des occasions d'expression diversifiées
- Créer dans les établissements un environnement propice à la prise de parole individuelle ou collective
- Communiquer jusqu'à la fin de vie

### Un projet d'accueil et d'accompagnement défini et évalué

- Fixer des objectifs précis dans le cadre du projet personnalisé
- Fixer des modalités de mise en place et de suivi réalistes, respectueuses des capacités et des rythmes de l'utilisateur
- Observer les effets positifs et négatifs des actions mises en place en faveur de l'utilisateur et effectuer en conséquence les ajustements nécessaires dans l'accompagnement
- Être attentif à la durée et à la continuité du parcours de l'utilisateur

## Repère 2

### La qualité du lien entre professionnels et usagers

#### Le respect de la singularité, fondement de l'intervention

- Accueillir l'utilisateur et respecter sa singularité
- Apporter une réponse adaptée aux besoins de l'utilisateur grâce à la formation et à la qualification des professionnels
- Formaliser le respect de la singularité de la personne grâce au contrat de séjour et au document individuel de prise en charge
- Porter toute l'attention nécessaire à la nature et à l'expression de la relation affective

### La vigilance concernant la sécurité physique et le sentiment de sécurité des usagers

- Assurer la protection et veiller au bien-être physique des personnes accueillies
- Veiller à la communication et à l'articulation entre les professionnels
- Informer les usagers sur les événements institutionnels et les changements de professionnels
- Être réactif aux besoins de l'utilisateur et apporter à une réponse appropriée à la demande

### Un cadre institutionnel stable

- Veiller à la connaissance et au respect du droit au sein de la structure
- Effectuer un rappel à la règle si nécessaire, sans glisser dans l'excès de rigidité institutionnelle
- Intervenir en cas de violence pour contenir la personne qui l'exerce envers les autres
- Interroger les passages à l'acte violents à la lumière de la vie de l'institution et du parcours de l'utilisateur

## Repère 3

### L'enrichissement des structures et des accompagnements par toutes les contributions internes et externes pertinentes

### Travailler avec l'entourage et respecter les relations de l'utilisateur avec ses proches

- Créer un environnement qui prend en compte l'entourage et entend sa propre analyse sur la situation de l'utilisateur en complémentarité des autres analyses
- Créer des lieux ou des occasions qui permettent de reprendre, de maintenir et de conforter les liens affectifs avec les proches dans le respect des intérêts et des souhaits de l'utilisateur
- Entendre et comprendre les demandes et besoins familiaux pour instaurer des solutions de prise en charge pérennes et respectueuses des équilibres familiaux
- Maintenir des positionnements professionnels neutres et sans jugement de valeur à l'égard des relations entre l'utilisateur et ses proches
- Aider les personnes isolées à se créer un réseau social

### L'articulation avec les ressources extérieures

- Ouvrir la structure à des ressources extérieures et développer les partenariats
- Organiser une articulation avec les visiteurs réguliers et favoriser les interactions pour créer une culture de l'échange
- Mettre en place des outils de recueil des perspectives extérieures à la structure
- Développer la mutualisation des expériences entre les structures

### La promotion de l'expression et de l'échange des perspectives

- Solliciter les usagers afin qu'ils formulent leurs souhaits dans des instances représentatives
- Mettre en place des lieux d'échange où professionnels, familles ou proches et usagers peuvent croiser leurs regards
- Promouvoir la participation en créant des liens lisibles entre les avis recueillis et l'évolution du fonctionnement de la structure
- Encourager la participation aux échanges par une sollicitation régulière et respectueuse des usagers

### L'ouverture à l'évaluation et à la recherche

- Recueillir les données pertinentes pour alimenter une démarche d'évaluation et de recherche
- Ouvrir les structures à des actions d'évaluation et de recherche

## Repère 4

### Le soutien aux professionnels dans leur démarche de bienveillance

#### Une promotion de la parole de tous les professionnels

- Promouvoir l'échange autour de l'observation de proximité
- Sensibiliser régulièrement les professionnels sur le sens de leur mission
- Favoriser un partage et un enrichissement des compétences autour des observations quotidiennes
- Formaliser avec les professionnels les supports d'information les plus adaptés

### Une prise de recul encouragée et accompagnée

- Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers qu'il accompagne
- Accompagner les pratiques professionnelles et soutenir les professionnels par une réflexion régulière
- Inscrire ces échanges dans une démarche d'amélioration continue des pratiques
- Mettre en place, en cas d'événement particulièrement difficile, un accompagnement ponctuel approprié
- Promouvoir la réflexion éthique des professionnels

### Un projet d'établissement ou de service construit, évalué et réactualisé avec le concours des professionnels et garant de la bientraitance

- Construire avec le concours des professionnels un projet d'établissement ou de service qui reprend le sens et fixe le cadre des missions des professionnels
- Évaluer et faire vivre le projet d'établissement ou de service avec les professionnels et les usagers
- Mettre en place des organisations qui fixent des responsabilités précises et un fonctionnement collectif cohérent
- Instaurer des modes d'encadrement respectueux des personnes et garants de la bientraitance

# Axe 4

## Les outils de prévention de la maltraitance<sup>13</sup>

### 1 - LA GRILLE D'AUTOCONTRÔLE DE MES PRATIQUES PROFESSIONNELLES (Outil à destination des soignants)

Cette grille est destinée à auto-évaluer ses pratiques professionnelles dans le domaine de la maltraitance.

Elle se veut un outil d'autocontrôle à visée essentiellement préventive.

Aide à la gestion des risques de maltraitance dans ses pratiques au quotidien, elle doit être utilisée comme un outil d'alerte personnelle.

		To u j o u r s	Sou v e n t	Par f o i s	Rare m e n t	Jam a i s	Non c o n c e r n é	Commentaires
1	Il m'arrive de tutoyer un patient sans son accord							
2	Il m'arrive de ne pas réaliser un soin par faute de temps							
3	Il m'arrive de ne pas m'appliquer en réalisant un soin							
4	Il m'arrive de ne pas avoir envie de m'occuper d'un patient, à cause de son état physique ou de sa pathologie							

<sup>13</sup> Outils mis à la disposition des institutions médico-sociales par la HAS en octobre 2012

		To u j o u r s	Sou v e n t	Par f o i s	Rare m e n t	Jam a i s	Non c o n c e r n é	Commentaires
5	Il m'arrive d'utiliser un ton sec et cassant pour m'adresser à un patient							
6	Il m'arrive d'être agressif dans mes propos face à un patient							
7	Il m'arrive d'utiliser le « on » en parlant à un patient							
8	Il m'arrive d'avoir une attitude ou des propos intimidants à l'encontre d'un patient							
9	Il m'arrive d'adresser des insultes ou des injures à un patient							

10	Il m'arrive d'avoir une attitude infantilisante, humiliante							
11	Il m'arrive de porter des jugements de valeur intempestifs sur un patient							
12	Il m'arrive de ne pas frapper à une porte avant d'entrer dans la chambre d'un patient							
13	Il m'arrive de ne pas fermer une porte et/ou une fenêtre pendant un soin							
14	Il m'arrive de faire à la place d'un patient en raison de sa lenteur							
15	Il m'arrive d'imposer un soin à un patient sans tenir compte de son rythme							

		Tou jou rs	Sou vent	Parf ois	Rare ment	Jam ais	Non con cern é	Commentaires
16	Il m'arrive de ne pas répondre volontairement à l'appel d'un patient (sonnette, cri...)							
17	Il m'arrive de mettre volontairement la sonnette hors de portée							
18	Il m'arrive d'adopter une attitude indifférente face à un patient et de l'isoler							
19	Il m'arrive de ne pas demander son avis au patient ou de ne pas donner des explications sur les soins que j'effectue							
20	Il m'arrive de ne pas tenir compte de l'un des handicaps d'un patient							
21	Il m'arrive d'utiliser une contention non prescrite par le médecin							
22	Il m'arrive de ne pas prendre en compte la douleur d'un patient et de ne pas transmettre l'information							

		Tou jour s	Sou vent	Parf ois	Rare ment	Jam ais	Non con cer né	Commentaires
23	Il m'arrive de préférer poser abusivement des protections contre l'incontinence plutôt que d'accompagner le patient aux WC							
24	Il m'arrive d'avoir des gestes d'énervement envers un patient							
25	Il m'arrive de ne pas recoucher un patient quand il le demande							
26	Il m'arrive de ne pas faire appel à un autre membre de l'équipe quand je suis en difficulté avec un patient							
27	Il m'arrive en cas de problèmes personnels de les répercuter sur les patients							
28	Il m'arrive de ne pas vouloir travailler en équipe							
29	Il m'arrive de ne pas me sentir intégré dans une équipe et que cela nuise à mon travail auprès des patients							
30	Il m'arrive de ne pas éprouver le besoin de compléter mes connaissances en suivant des formations							
31	Il m'arrive de ne plus porter d'intérêt à mon travail							
32	Il m'arrive de laisser un patient entièrement nu le temps de sa toilette au lit							



## 2 - La cartographie des risques de maltraitance

### RISQUES LIÉS À LA PRISE EN CHARGE

#### Risques liés à l'accueil/admission

FACTEURS DE RISQUE	CAUSES IDENTIFIÉES	EXEMPLES
<b>Procédure d'accueil</b>	Contraintes illégitimes des modalités de séjour (conditions de visite, etc.)	Horaires restrictifs de visite
	Admission non concertée/absence d'évaluation du consentement du patient	Patient non associé à une décision le concernant (entrée en EHPAD, etc.)
	Entrée non préparée (patient non attendu, chambre non préparée, absence de place)	
	Défaut ou inadaptation de l'information délivrée à la personne et Oses proches	Utilisation d'un langage inadapté (trop technique, langue étrangère, etc.)
	Absence de présentation des professionnels lors de l'arrivée du patient et durant son hospitalisation	
	Absence de remise ou d'explications sur le livret d'accueil de la structure	
	Non-respect de la confidentialité	Guichet d'accueil non aménagé
	Défaut de gestion du délai d'attente	Manque d'information quant au temps ou aux raisons de l'attente
<b>Prise en charge initiale du patient</b>	Recueil et évaluation initiale du patient non adaptés (autonomie, besoins sociaux, habitudes de vie, goûts, antécédents, etc.)/ absence d'accueil personnalisé	

#### Prise en charge

<b>Organisation et coordination des interventions des professionnels</b>	Actes de soins inadaptés aux rythmes de vie du patient (prises de sang très tôt le matin, lors des horaires de repas, visites, etc.)	
	Actes de soins inadaptés à l'état du patient (soins systématiques et/ou non personnalisés, température et pulsations à tous les patients lors du tour, etc.)	
	Défaut de proposition d'intervention d'un professionnel spécifique (psychologue, diététicien, assistant social, addictologue, ergothérapeute, etc.)	
	Absence de planification de l'organisation des soins et de la surveillance	Organisation de consultation ou d'examen à l'heure du repas
<b>Respect de la confidentialité</b>	Consultation, soin ou discussion en présence d'un tiers sans autorisation	
	Informations médicales données à un membre de la famille sans autorisation	
	Inadaptation du lieu par rapport aux échanges des professionnels	Échanges dans le couloir

	Défaut de discrétion dans les échanges des professionnels	Conversations privées entre les soignants au moment des soins
	Non-respect des souhaits des patients quant à l'information donnée	
<b>Projet de soins du patient</b>	Manque de concertation entre l'équipe et le patient et les proches pour l'élaboration de son projet de soins individualisé	
	Absence de formalisation d'un projet de soins individualisé en équipe pluridisciplinaire, avec le patient et son entourage s'il le souhaite	
	Absence de réflexion éthique pluridisciplinaire	Absence de concertation au sein de l'équipe à l'occasion d'une modification de la prise en charge
	Absence de mise en œuvre du projet de soins individualisé	
	Manque d'explications relatives au projet de soins	
	Absence d'analyse bénéfique/risque entre le médecin et le patient	
<b>Information du patient sur sa prise en charge</b>	Manque d'écoute du patient par le soignant	Soignant ne prenant pas en compte les demandes d'information formulées par le patient
	Manque d'information (médicale, examen et actes de soins) délivrée au patient	
	Absence de vérification de la compréhension des informations	
	Défaut d'information sur un dommage associé aux soins (événement indésirable) et absence d'accompagnement dans le suivi	
<b>Prise en compte des besoins du patient</b>	Défaut de prise en compte de la douleur	
	Défaut de prise en compte des besoins fondamentaux	Besoins fondamentaux : se nourrir, boire, dormir, se laver, etc.
	Inadaptation des aides à la vie quotidienne (insuffisance ou excès) : toilette, habillage, continence, alimentation, etc.	
	Manque de disponibilité des professionnels	
<b>Fin de vie</b>	Manque de préparation de la fin de vie du patient/de concertation pluridisciplinaire quant au statut curatif ou palliatif du patient	
	Absence d'organisation des soins palliatifs	
	Absence de formation aux soins palliatifs	
	Défaut d'accompagnement de l'entourage	
	Délai d'information de la famille en cas de décès	
	Absence de recherche des directives anticipées	

**Risque lié aux facteurs institutionnels (non-respect des habitudes et des libertés de la personne)**

<b>Mise en sécurité</b>	Limitation de la liberté d'aller et venir	Professionnels non disponibles pour organiser une promenade avec un patient, une sortie Restriction liée à des horaires imposés
	Contention sans prescription médicale, sans recherche de l'adhésion du patient, non protocolisée et non réévaluée	
<b>Prise en compte des attentes et des choix</b>	Non-respect des convictions philosophiques et religieuses	Choix alimentaire non respecté
<b>Rythmes et habitudes de vie</b>	Défaut d'adaptation à l'autonomie physique et psychique du patient	Imposer au patient les heures du lever, du coucher, de toilette, etc.

**Risque lié aux comportements des professionnels (atteinte à la dignité, à l'intimité et à l'intégrité physique et morale)**

<b>Environnement de vie</b>	Bruit (matériaux, chaussures, éclats de voix, claquements de portes, etc.)	
	Luminosité le jour et lumières la nuit	
	Odeurs	
	Température ambiante	
<b>Communication</b>	Infantilisation	
	Tutoiement systématique	
	Utilisation du "il/elle" "on" en parlant du et au patient	
	Communication verbale inadaptée (ne pas parler assez fort/trop fort, surdité, langue étrangère, etc.)	
	Utilisation du téléphone portable personnel par les professionnels en situation de soins	
	Parler entre collègues devant le patient pendant les soins, en l'ignorant	
	Communication non verbale inadaptée (brusquerie, manque d'attention, de douceur, d'anticipation, d'écoute, etc.)	
<b>Personnalisation de la prise en charge</b>	Manque d'explication des soins et traitements donnés	
	Organisation de la chambre non adaptée (pathologie, handicap, etc.)	
	Non-respect des effets ou de l'organisation personnels	
<b>Respect de l'intimité</b>	Manque d'information sur la possibilité de mise en sécurité des effets personnels	
	Soins porte ouverte/sans paravent/sans indication de la présence du soignant	
	Présence d'un tiers pendant les soins sans accord du patient	
<b>Respect de l'intimité</b>	Avant d'entrer dans la chambre du patient, ne pas frapper à la porte/ne pas attendre l'accord de la personne	

	Indiscrétion	Soignant qui pose des questions personnelles au patient sans rapport avec les soins
<b>Atteintes psychologiques</b>	Menaces et humiliations	
	Culpabilisation du patient/des proches	
	Représailles : des réprimandes à la punition	
	Paroles déplacées, jugements de valeur, discrimination	
	Harcèlement, privations (de visite, etc.)	
<b>Atteintes physiques</b>	Brusquerie dans les soins	
	Non-prise en compte de l'hyperalgie	
	Coups, tapes, bousculades	
	Gestes déplacés	

## Vie sociale

<b>Prestations complémentaires aux soins (cultes, commerces, bénévoles, bibliothèque, etc.)</b>	Participation imposée à des activités	
	Absence de stimulation de la personne pour la participation aux activités	
	Prestations complémentaires aux soins non diversifiées ou ne tenant pas compte des souhaits des patients	
	Absence d'affichage/d'informations sur les prestations complémentaires aux soins	
<b>Isolement de l'institution</b>	Absence d'inscription dans des réseaux	
	Absence d'intervention d'organismes extérieurs au sein de l'établissement (associations, écoles, bénévoles, etc.)	

## Sortie du patient

<b>Organisation de la sortie (retour à domicile ou passage à une autre structure)</b>	Manque ou insuffisance d'informations sur la sortie du patient	
	Décision de sortie imposée au patient, à son entourage	
	Défaut d'anticipation, de préparation de la sortie et d'accompagnement du patient et de son entourage	

## RISQUES LIÉS AU MANAGEMENT

### Risques liés au pilotage de l'établissement

<b>Politique d'établissement</b>	Absence de la bientraitance dans le projet d'établissement et ses déclinaisons	
	Absence de réflexion institutionnelle sur une politique de bientraitance dans l'établissement	
	Absence d'engagement institutionnel sur la bientraitance	

	Absence de réflexion éthique dans l'établissement	
	Absence de projet de prestations complémentaires aux soins au sein de l'établissement	
<b>Règlement intérieur des personnels</b>	Absence de la notion de bientraitance (vis-à-vis du personnel et des patients) dans le règlement intérieur	
	Méconnaissance du règlement intérieur	
<b>Management</b>	Management non adapté, absence de concertation	
	Défaut de pilotage et de suivi du tableau de bord, absence d'indicateurs « Bientraitance »	
	Absence de délégations claires	
	Défaut d'actualisation de l'organigramme	
	Absence ou insuffisance des réunions avec la direction	
	Conduites à tenir en cas de maltraitance inexistantes ou insuffisamment connues par les professionnels	
	Absence d'évaluation continue des pratiques professionnelles	Absence d'EPP, mesure de la satisfaction audit, etc.
<b>Perspectives d'évolution professionnelle</b>	Absence de politique de formation	
	Absence de politique de mobilité	
	Absence de politique de promotion	
	Absence de suivi des entretiens annuels d'évaluation	
<b>Formation continue</b>	Absence d'évaluation des acquis des formations	
	Bientraitance absente du plan de formation pluriannuel	

### Risques liés au recrutement et à l'accompagnement des personnels dans l'accomplissement de leur mission

<b>Recrutement</b>	Personnel non titulaire de la qualification ou du diplôme requis	
<b>Accompagnement des professionnels</b>	Absence de fiches de poste pour les différentes catégories de personnels (dont le personnel de nuit) ou fiches incohérentes	
	Défaut d'accueil du nouvel arrivant, absence de tutorat	
	Absence d'accompagnement à l'évolution professionnelle (mobilité, promotion, etc.)	
<b>Repérage et accompagnement des situations à risque</b>	Défaut de repérage des signes de mal-être et/ou d'épuisement	
	Augmentation de l'absentéisme (fréquence et/ou durée)	
	Augmentation du nombre d'accidents du travail et/ou de maladies professionnelles	
	Turn over important des personnels (sur la base du ratio annuel démissions, licenciement/effectif total)	
	Absence d'accompagnement des professionnels en difficulté	

## Risques liés à l'animation et la coordination des équipes

<b>Coordination des équipes</b>	Absence ou insuffisance des réunions d'équipe/temps de concertation	
	Défaut de communication entre les professionnels	
	Absence de réunion de debriefing suite à un incident/événement indésirable	
	Glissement de fonctions, dévalorisation de certaines fonctions	
<b>Animation des équipes</b>	Absence ou insuffisance des réunions avec l'encadrement	
<b>Formation continue</b>	Absence de recueil et de retour des besoins de formation	
	Personnel non formé de manière régulière aux problématiques de maltraitance/bientraitance	
	Absence d'évaluation des acquis des formations	

## Risques liés à la communication avec le patient et son entourage

<b>Gestion des plaintes</b>	Absence de système de recueil des plaintes	
	Défaut d'information des usagers sur les voies de recours	
	Absence de réponse aux courriers de réclamations	
<b>Gestion des événements indésirables associés aux soins ou à la vie hospitalière</b>	Absence d'outil de recueil et d'analyse des événements indésirables	
	Défaut d'information du patient sur la survenue d'un événement indésirable et ses suites	
<b>Place des usagers et de l'entourage</b>	Absence de réflexion sur la place de l'entourage dans la prise en charge (enjeux et limites)	
	Manque de communication avec l'entourage proche du patient	
	Manque d'identification de la personne de confiance	

## Risques liés à l'organisation du travail

<b>Gestion du temps de travail</b>	Absence de définition de l'organisation du travail	
	Manque de lisibilité et de respect du planning dans les délais réglementaires	
	Dotations insuffisantes de personnels (jour et/ou nuit)	

	Présence de personnels non adaptée à la charge de travail	Présence non adaptée par rapport à la nature ou la charge de travail Exemples : ratio infirmiers/patients non conforme, nombre insuffisant d'aides soignants
	Vacances de postes ou postes non pourvus	
	Recours excessif à des personnels intérimaires	
<b>Défaillance des circuits d'information</b>	Absence de supports de transmission ou multiplication des supports	
	Défaut de traçabilité	Exemples : administration/non administration du médicament, acte de soin
	Absence d'exploitation des données contenues dans les supports de transmission	
	Absence de dossier de soins partagé	
	Absence de diffusion de consignes et protocoles	
	Fonctionnement par habitude	Exemple : défaut de vérification des prescriptions avant administration d'un médicament
<b>Organisation du personnel de nuit</b>	Absence d'organisation de roulement des équipes (jour/nuit)	
	Absence d'évaluation de l'activité de l'équipe de nuit	Charge de travail et temps nécessaire
	Absence de réunion périodique de l'encadrement avec le personnel de nuit	Exemple : absence d'entretien individuel
	Non-formalisation des échanges avec le personnel de jour (transmissions orales, réunions)	

## RISQUES LIÉS AUX CONDITIONS D'INSTALLATION

### Risques liés à l'adéquation des locaux et des équipements par rapport à la population accueillie

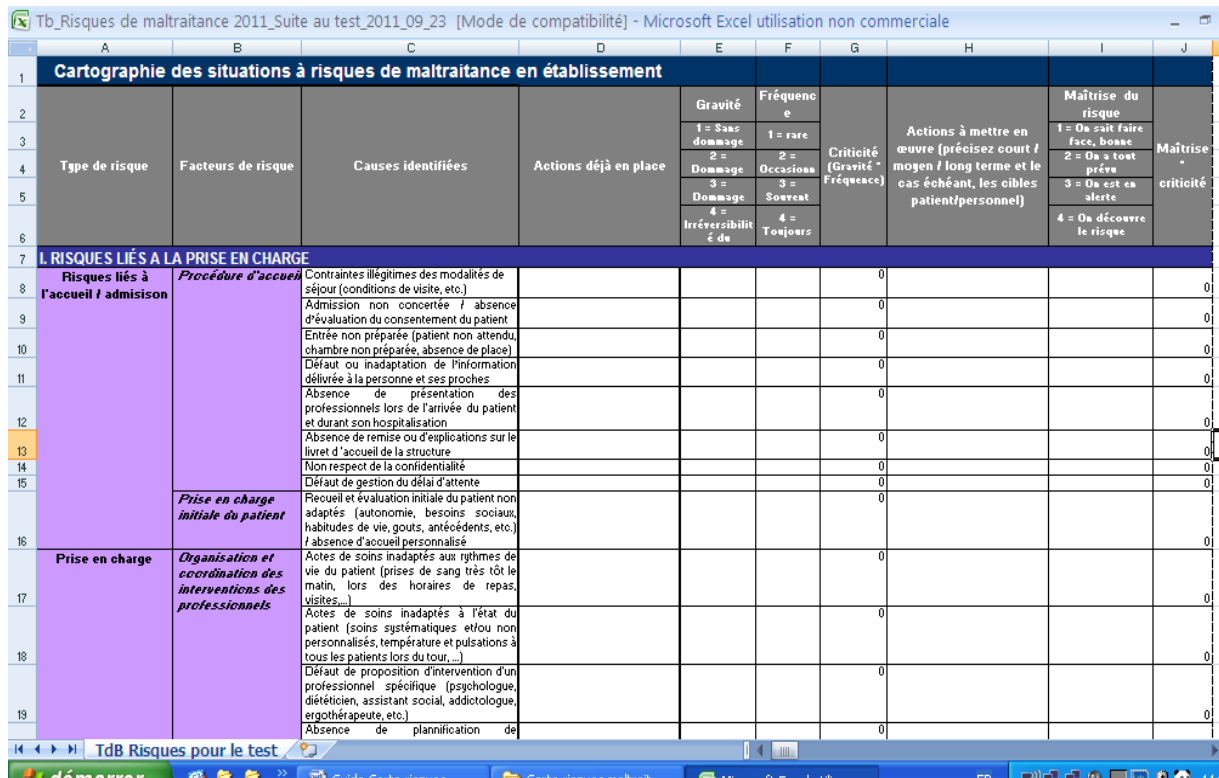
<b>Sécurité des locaux</b>	Manque d'équipements ou défaillance (Interphone, vidéosurveillance, digicode, etc.)	
	Manque de sécurisation de l'accès aux locaux médicaux ou de soins	
	Absence de protection ou de surveillance des escaliers	
	Sols non adaptés (glissants, gravier ne permettant pas le passage des fauteuils roulants, etc.)	
	Absence de barres d'appui	
	Défaut de maintenance des locaux	
	Locaux non sécurisés	
<b>Adaptation des locaux</b>	Chambre individuelle exigüe	
	Absence de chambre individuelle (ex. en cas de risque suicidaire, etc.)	
	Changement de chambre à plusieurs reprises durant le séjour	

	Absence de chambre à 2 lits ou communicante pour les couples pour le long séjour	
	Absence de sanitaires et douche individuels ou en nombre insuffisant	
	Espace insuffisant pour une accessibilité et une installation confortable pour une personne à mobilité réduite	
	Locaux inadaptés ou insuffisants	
<b>Extérieurs</b>	Absence d'espace de promenade et de détente	
	Trajets de promenade non sécurisés	
	Sols extérieurs inadaptés	Sols glissants, irréguliers, graviers, etc.
<b>Déplacements</b>	Absence ou dysfonctionnement du système d'appel (fixe ou mobile) en cas de chute	
	Absence de traçabilité du dispositif d'appel en cas de chute	
	Signalétique inadaptée	
<b>Équipements</b>	Éclairage inadapté, difficulté à accéder à l'interrupteur, minuterie trop rapide	
	Hauteur des équipements	
	Inadaptation du mobilier mis à disposition	
	Inadaptation du mobilier et des dispositifs médicaux, en fonction des besoins spécifiques des patients (lève-malade, etc.)	
	Inadaptation du système de régulation de la température ambiante	
	Défaut de maintenance des équipements	



### 3- La notice pour l'utilisation du fichier Excel ®

Un fichier Excel ® est mis à disposition des établissements pour mettre en place la cartographie des risques de maltraitance.



Cartographie des situations à risques de maltraitance en établissement										
Type de risque	Facteurs de risque	Causes identifiées	Actions déjà en place	Gravité	Fréquence	Criticité (Gravité * Fréquence)	Actions à mettre en œuvre (précisez court / moyen / long terme et le cas échéant, les cibles patient/personnel)	Maîtrise du risque	Maîtrise + criticité	
				1 = Sans dommage 2 = Dommage 3 = Dommage 4 = Irréversibilité du	1 = rare 2 = Occasionnel 3 = Souvent 4 = Toujours			1 = On sait faire face, bonne 2 = On a tout prévu 3 = On est en alerte 4 = On découvre le risque		
<b>I. RISQUES LIÉS À LA PRISE EN CHARGE</b>										
Risques liés à l'accueil / admission	Procédure d'accueil	Contraintes illégitimes des modalités de séjour (conditions de visite, etc.)				0			0	
		Admission non concertée / absence d'évaluation du consentement du patient				0			0	
		Entrée non préparée (patient non attendu, chambre non préparée, absence de place)					0			0
		Défaut ou inadaptation de l'information délivrée à la personne et ses proches					0			0
		Absence de présentation des professionnels lors de l'arrivée du patient et durant son hospitalisation						0		0
	Prise en charge initiale du patient	Absence de remise ou d'explications sur le livret d'accueil de la structure					0			0
		Non respect de la confidentialité					0			0
		Défaut de gestion du délai d'attente					0			0
		Recueil et évaluation initiale du patient non adaptés (autonomie, besoins sociaux, habitudes de vie, goûts, antécédents, etc.) / absence d'accueil personnalisé						0		0
		Prise en charge	Organisation et coordination des interventions des professionnels	Actes de soins inadaptés aux rythmes de vie du patient (prises de sang très tôt le matin, lors des horaires de repas, visites...)				0		
Actes de soins inadaptés à l'état du patient (soins systématiques et/ou non personnalisés, température et pulsations à tous les patients lors du tour...)							0		0	
Défaut de proposition d'intervention d'un professionnel spécifique (psychologue, diététicien, assistant social, addictologue, ergothérapeute, etc.)							0		0	
Absence de planification de									0	

Les trois premières colonnes du fichier sont pré remplies (type de risque, facteurs de risque et causes identifiées). Les établissements sont libres de personnaliser le fichier en fonction de leurs spécificités.

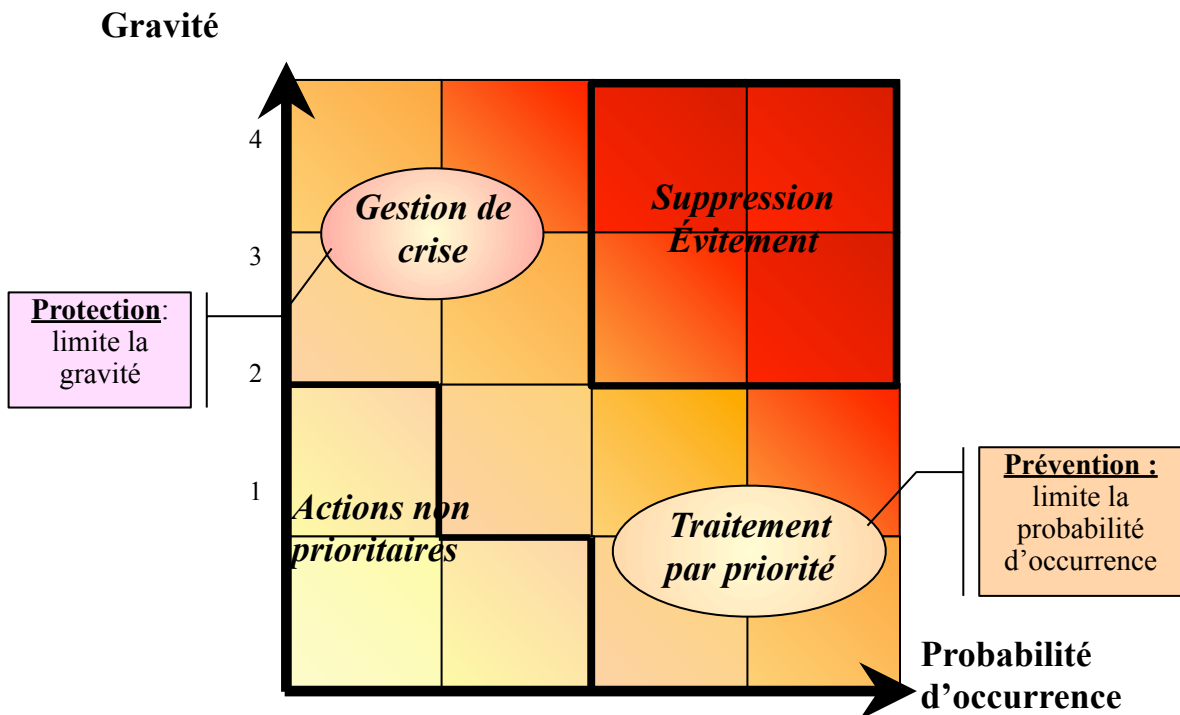
Ensuite, le groupe pluridisciplinaire est amené à renseigner :

- les actions déjà en place dans la structure ;
- la gravité ;
- la fréquence ;
- les actions à mettre en œuvre ;
- le niveau de maîtrise du risque.

## Notice pour la hiérarchisation des risques

Matrice probabilité d'occurrence/gravité

Figure 1 - Cartographie probabilité d'occurrence/gravité



**Cartographie « probabilité d'occurrence/gravité »** - Cette cartographie permet de déterminer la nature des mesures de traitement des risques à mettre en œuvre en fonction du type de risque (mesures de prévention pour les risques de probabilité d'occurrence, mesure de protection pour les risques de gravité, évitement ou suppression, traitement par priorité...). Elle permet d'arbitrer le traitement des risques de forte probabilité d'occurrence et renforcer les mesures de protection pour les risques à forte gravité (cf. figure1).

### Calcul de la criticité

Score de criticité du risque (probabilité d'occurrence\*/gravité) compris entre 1 et  $4 \times 4 = 16$

Probabilité d'occurrence	Gravité	Criticité	
1	1	1	Actions non prioritaires
1	2	2	Actions non prioritaires
2	1	2	Actions non prioritaires
1	3	3	Gestion de crise
1	4	4	Gestion de crise
2	3	6	Gestion de crise
2	4	8	Gestion de crise
2	2	4	Traitement par priorité
3	1	3	Traitement par priorité
4	1	4	Traitement par priorité
3	2	6	Traitement par priorité
4	2	8	Traitement par priorité
3	2	12	Suppression/évitement
4	3	12	Suppression/évitement
4	4	16	Suppression/évitement

Mise en forme conditionnelle dans le fichier Excel :

- Score supérieur à 12 : case rouge
- Score compris entre 8 et 11 : case orange
- Score compris entre 4 et 7 : case jaune
- Score inférieur à 4 : case blanche

#### Le niveau de maîtrise :

1 = On sait faire face, bonne maîtrise : plans avec exercices et formations, veille, contrôle, amélioration continue, etc.

2 = On a tout prévu : plans d'actions en place avec indicateurs, etc.

3 = On est en alerte : des actions mais insuffisantes, etc.

4 = On découvre le risque : aucune action mise en place – études en cours – actions inefficaces, etc.

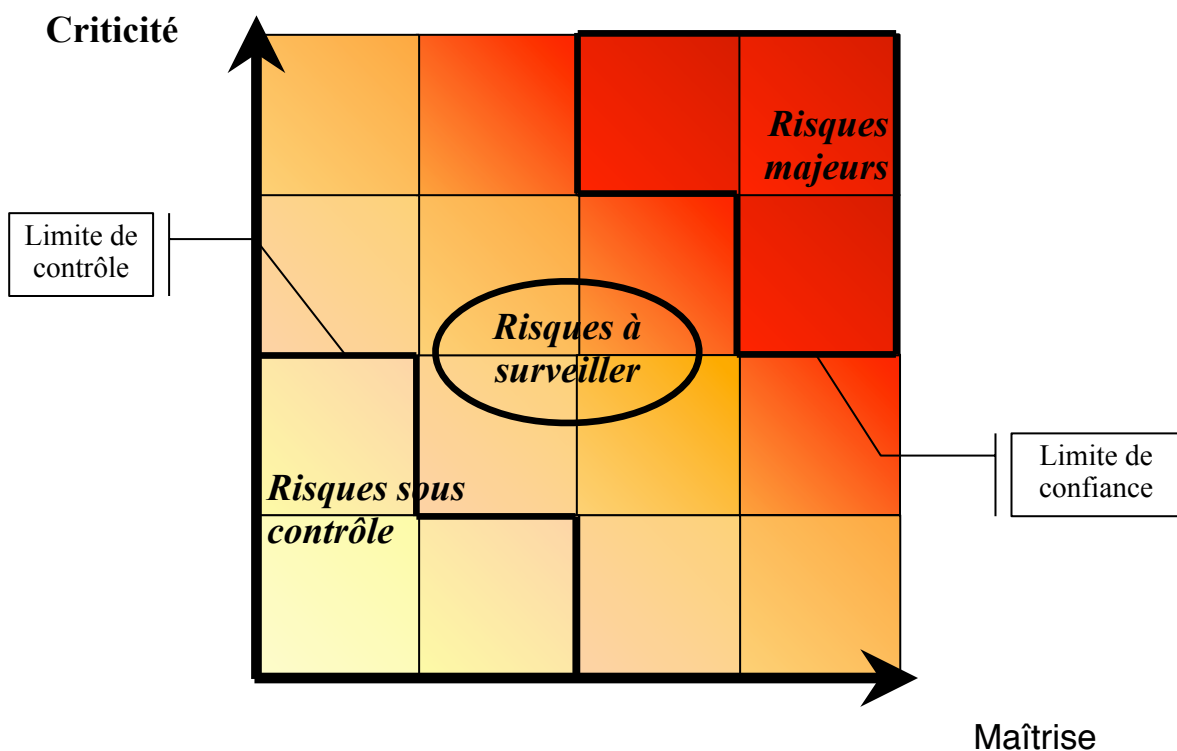
**Cartographie « criticité/niveau de maîtrise »** - Cette cartographie permet de déterminer les risques majeurs devant faire l'objet d'actions prioritaires dans le programme de gestion des risques de l'établissement. Cette cartographie intéresse le décideur puisqu'elle permet de définir les priorités.

1/ Les risques majeurs : ils combinent une forte criticité et un niveau de traitement faible.

2/ Les risques à surveiller : ils se positionnent entre la limite de contrôle et la limite de confiance. Ils devront être accompagnés d'efforts de prévention (réduction de la

probabilité d'occurrence) et de protection (réduction de la gravité) et disposer d'un programme de traitement renforcé pour être repositionnés sous la limite de contrôle.  
 3/ Les risques sous contrôle : ils se positionnent sous la limite de contrôle. Ils doivent être maintenus à ce niveau par des efforts continus de prévention (réduction ou maintien de la probabilité d'occurrence) et disposer d'un programme de traitement actualisé (cf. figure 2).

**Figure 2 - Cartographie criticité/maîtrise**



**Calcul du score criticité/maîtrise du risque**

Score compris entre  $1*1*1* = 1$  et  $4*4*4 = 64$

Perception de la maîtrise du risque	Criticité	Score total	
1	1	1	Risques sous contrôle
1	2	2	Risques sous contrôle
1	3	3	Risques sous contrôle
1	4	4	Risques sous contrôle
1	6	6	Risques sous contrôle

1	8	8	Risques sous contrôle <b>Limite de contrôle</b>
1	12	12	Risques à surveiller
1	16	16	Risques à surveiller
2	1	2	Risques sous contrôle
2	2	4	Risques sous contrôle
2	3	6	Risques sous contrôle
2	4	8	Risques sous contrôle <b>Limite de contrôle</b>
2	6	12	Risques à surveiller
2	8	16	Risques à surveiller
2	12	24	Risques à surveiller
2	16	32	Risques à surveiller
3	1	3	Risques à surveiller
3	2	6	Risques à surveiller
3	3	9	Risques à surveiller
3	4	12	Risques à surveiller
3	6	18	Risques à surveiller
3	8	24	Risques à surveiller
3	12	36	Risques à surveiller <b>Limite de confiance</b>
3	16	48	Risques majeurs
4	1	4	Risques à surveiller
4	2	8	Risques à surveiller
4	3	12	Risques à surveiller
4	4	16	Risques à surveiller
4	6	24	Risques à surveiller
4	8	32	Risques à surveiller <b>Limite de confiance</b>
4	12	48	Risques majeurs
4	16	64	Risques majeurs

Mise en forme conditionnelle dans le fichier Excel :

- Score supérieur à 32 : case rouge
- Score compris entre 12 et 31 : case orange
- Score compris entre 4 et 11 : case jaune
- Score inférieur à 4 : case blanche

# Textes réglementaires et textes de référence

- *Déclaration universelle des droits de l'Homme, ONU, 1948*
- *Déclaration des droits de l'enfant, ONU, 1959*
- *Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, 1950*
- *Convention pour la protection des droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : convention sur les droits de l'Homme et la biomédecine, 1996*
- *Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, 2000*
- *Charte de l'usager en santé mentale, 2000, FNAP-Psy, conférence nationale des présidents de CME de CHS*
- *Charte européenne de l'enfant hospitalisé et les commentaires, 2001, 7<sup>e</sup> conférence européenne, EACH*
- *Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*
- *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*
- *Circulaire DGAS/SD2 n° 2002-280 du 3 mai 2002 relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables, et notamment les personnes âgées*
- *Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles*
- *Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.*
- *Circulaire Dhos/DGS n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée*
- *Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, 2007, Fondation nationale de gérontologie*
- *Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance*
- *Décret n° 2007-330 du 12 mars 2007 portant création d'un Comité national de vigilance et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés*
- *Circulaire DGAS/2A n° 2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance*
- *Circulaire DGAS/2A n° 2008-316 du 15 octobre 2008 relative au renforcement des missions d'inspection et de contrôle au titre de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées*

## Bibliographie et ressources Internet

*Évaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mis en œuvre par les services de l'État dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Rapport, F. Bas-Théron, Ch. Branchu, Inspection générale des affaires sociales. La Documentation française, Paris, 2006.*

*Gestion des risques de maltraitance en établissement : méthode, outils, repères. Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées, ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. Paris, 2007.*

*La protection des adultes et enfants handicapés contre les abus. Conseil de l'Europe, Hilary Brown. La Documentation française, Paris, 2002.*

*Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence. Rapport de la commission d'enquête n° 339 (2002-2003) du Sénat de MM. Jean-Marc Juilhard et Paul Blanc, déposé le 10 juin 2003.*

*Accueil, information et prise en charge des usagers dans les établissements de santé : [http://www.sante.gouv.fr/experiences\\_usagers/accueil.htm](http://www.sante.gouv.fr/experiences_usagers/accueil.htm)*

*Anaes, L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – juin 1998.*

*Anaes, Information des patients - Recommandations destinées aux médecins. Recommandation pour la pratique clinique, mars 2000.*

*Anaes, Limiter les risques de la contention physique chez la personne âgée. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – octobre 2000.*

*Anesm, La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, août 2008.*

*Anesm, Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, décembre 2008.*

*Anesm, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement, novembre 2009.*

*Isabelle Baszanger et al. Quelle médecine voulons-nous ? Paris, La Dispute, 2002.*

*Philippe Bataille, Un cancer et la vie, Paris, Balland, 2003.*

*Claire Compagnon et al. Les malades prennent la parole, Paris, Ramsay, 1999.*

*Philippe Costes Le printemps blanc, non-assistance à familles en danger. Paris, Édition Santé et Handicap, 2007 <http://santeusagers.over-blog.com/>*

*Drees, Une maltraitance ordinaire : perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : une enquête qualitative Drees. Études et résultats n° 370 janvier 2005.*

*Jean-Michel Dubernard, L'hôpital a oublié l'homme. Paris, Plon, 1998.*

*Claude Évin, Petit dictionnaire des droits des malades. Paris, Éditions du Seuil, 2003.*

*Sylvie Fazaing, La relation médecins-malades : information et mensonge. Paris, Presses Universitaires de France (Coll. « Ethnologies »), Paris 2006.*

*FHF, Guide pratique Bientraitance / Maltraitance à l'usage des établissements et institutions. 2007.*

*FHF, Anaes. Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité. Conférence de consensus, janvier 2005.*

*HAS, Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Recommandation pour la pratique clinique, avril 2005.*

*HAS, Annoncer une mauvaise nouvelle. Guide, février 2008.*

*Marie de Hennezel, Le souci de l'autre. Paris, Robert Laffont, 2004.*

*Anne Matalon, Chimiofolies. HB Éditions. Paris, 2000.*

*Marie-Christine Pouchelle, L'hôpital, Corps et âme. Essais d'anthropologie hospitalière, Paris, Seli Arslan, 2003.*

*Marie-Christine Pouchelle, L'hôpital ou le théâtre des opérations. Essais d'anthropologie hospitalière 2, Paris, Seli Arslan, 2008.*

*Pôle santé sécurité-soins – Le médiateur de la République : <http://www.mediateur-republique.fr/fr-05-178>*

*Annick Tournier, Corps à corps avec Parkinson. Les empêcheurs de penser en rond. La découverte, Paris, 2009.*

*Anne Vega, Une ethnologue à l'hôpital, l'ambiguïté du quotidien infirmier. Paris Archives contemporaines, Paris, 2000.*

*UNAF, Les chartes dans le domaine de la santé, décembre 2007 : [http://www.leciss.org/uploads/tx\\_cissdocuments/081128\\_Chartes\\_sante.pdf](http://www.leciss.org/uploads/tx_cissdocuments/081128_Chartes_sante.pdf)*

*Maltraitance des personnes âgées et/ou des personnes handicapées : <http://www.alma-france.org/>*